

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

BRUNO ALVARENGA RIBEIRO

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO  
COM ENFERMEIRO(A)S DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO  
MUNICÍPIO DE FORMIGA/MG

Ribeirão Preto  
2018

BRUNO ALVARENGA RIBEIRO

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO  
COM ENFERMEIRO(A)S DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO  
MUNICÍPIO DE FORMIGA/MG

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

**Orientadora:** Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva.

Ribeirão Preto  
2018

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

R484p

Ribeiro, Bruno Alvarenga, 1979-  
Prazer e Sofrimento no Trabalho: um estudo com  
Enfermeiros(as) da atenção primária do município de  
Formiga/MG / Bruno Alvarenga Ribeiro. - - Ribeirão Preto, 2018.  
209 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Sidneia da Silva.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2018.

1. Enfermeiros de Saúde da Família. 2. Condições de  
Trabalho. 3. Satisfação no Trabalho. 4. Enfermeiros. I. Título.

CDD 610

BRUNO ALVARENGA RIBEIRO

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO COM ENFERMEIRO  
(A)S DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE FORMIGA/MG

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e  
Educação da Universidade de Ribeirão  
Preto para obtenção do título de Mestre  
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 13 de novembro de 2018

Resultado: Aprovado

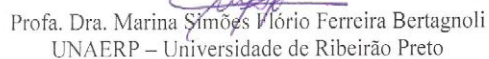
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Silvia Sidnéia da Silva  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Maria José Bistafa Pereira  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Marina Simões Florio Ferreira Bertagnoli  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO  
2018

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado aos profissionais da Saúde, em especial, aos profissionais da Enfermagem, pois eles/elas desgastam a própria vida para que outros possam usufruir das suas.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é o ato de render graças. Rende graças aquele que reconhece a importância do papel cumprido por outrem em sua vida.

O mestrado foi uma oportunidade única que cruzou o meu caminho por obra dos meus esforços, mas esses esforços teriam sido em vão se não tivessem sido conduzidos e abençoados por Deus. Foi Ele quem abriu as portas, coube a mim cruzá-las. Por isso, não poderia deixar de render graças ao meu Senhor!

Neste caminho algumas pessoas foram e têm sido muito importantes. Duas foram essenciais: minha esposa Selma e minha filha Gabriela. Elas suportaram as minhas ausências e meu cansaço sem nunca deixarem de me incentivar. Obrigado, meus amores!

Outras são fontes inesgotáveis de motivação, e a maior de todas as fontes são os meus alunos. Para proporcionar-lhes uma educação comprometida com o desenvolvimento de suas potencialidades é que dirigi 730 km a cada 15 dias ao longo do ano de 2017.

Aos alunos e docentes do curso de Serviço Social do Centro Universitário de Formiga/MG (UNIFOR-MG) eu deixo um agradecimento especial, pois com eles eu aprendi que a defesa intransigente dos direitos sociais é um compromisso ético e político do qual não podemos abrir mão, pois tal compromisso é uma mediação importante na construção de uma sociedade pautada na promoção de justiça social.

Agradeço também ao UNIFOR-MG. A instituição ofereceu as condições para a concretização do sonho do mestrado.

Não poderia me esquecer daqueles que me deram a base para chegar até onde eu cheguei: os meus pais. Em suas limitações, eles nunca mediram esforços para que eu me tornasse quem eu me tornei. Pai e Mãe, vocês foram e são alicerces muito importantes. Obrigado por tudo!

Dirijo também o meu agradecimento à Prefeitura Municipal de Formiga/MG, que autorizou a realização desta investigação. Aproveito o ensejo para agradecer, de modo especial, às/aos enfermeiros/as que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família de Formiga/MG, pois sem as suas colaborações a pesquisa jamais teria tomado forma.

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) eu dirijo o meu mais

profundo agradecimento. Com eles eu compreendi, de fato, que as trevas da ignorância podem ser iluminadas pelas luzes do conhecimento crítico e reflexivo. Agradeço, de modo especial, a Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, que com humildade, sensatez e muita sabedoria me ensinou a olhar para o processo de trabalho em saúde de uma forma que eu nunca havia olhado.

Aos colegas de mestrado eu deixo o meu agradecimento e também o meu abraço. A convivência com eles reforçou em mim a convicção de que a diversidade é um pilar imprescindível para a construção de uma vida mais humana. Ao Fernando, hoje um grande amigo, agradeço pela companhia e parceria. Dividimos o quarto de hotel durante um ano e nessa longa experiência ganhei mais que um amigo, na verdade, eu ganhei um irmão.

Por fim, agradeço a uma pessoa a quem aprendi a respeitar por sua competência, seriedade e amabilidade: a minha orientadora Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva. Silvia, você é a luz que me iluminou ao longo desta caminhada! Vejo em cada ato seu a materialização do objeto de estudos e intervenção da Enfermagem: o cuidado. Espero, portanto, que esse seja apenas o início de uma longa parceria!

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar” (EDUARDO GALEANO).



## RESUMO

RIBEIRO, Bruno Alvarenga. Prazer e sofrimento no trabalho: um estudo com enfermeiro(a)s da atenção primária do município de Formiga/MG. 209f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2018.

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa permitiu entrar em contato com o universo de significações construídas pelo(a)s participantes, que neste caso referem-se ao universo dos sentidos atribuídos pelos/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, às experiências de sofrimento e prazer experienciadas por eles/elas no cotidiano do seu trabalho. Nessa direção, a pesquisa teve como objetivo compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como esses/essas profissionais expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as. A amostra constituiu-se de 17 enfermeiros/as que atuam como gestores nas Unidades de Estratégia da Família do município de Formiga/MG. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, e para apreciação das informações foi utilizada a análise de conteúdo. O estudo permitiu que se estabelecesse contato com as subjetividades dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, o que viabilizou a compreensão das mediações, que no cotidiano do trabalho, promovem a articulação entre as experiências geradoras de prazer e sofrimento. Dentre as mediações, que tornam o enfrentamento do sofrimento uma experiência possível, e que também viabilizam a sua articulação com as experiências responsáveis pela produção de prazer, duas se destacaram: as relações interpessoais que os/as enfermeiros/as estabelecem com os membros das suas equipes, que funcionam como uma espécie de fator protetivo contra a precarização do trabalho, e o Programa de Educação Permanente (PEP) criado por eles/elas. Entende-se que a segunda pode apresentar-se como um fator potencializador da primeira, pois permite que a categoria dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, se organize enquanto coletivo, funcionando, ao mesmo tempo, como um instrumento psicológico e político. Ao traduzir-se como instrumento político, recomenda-se que o PEP seja evidenciado como tal, pois o seu fortalecimento pode resultar na materialização das ações que levariam, finalmente, à consolidação das estratégias de Educação Permanente em Saúde no município de Formiga/MG. Recomenda-se novos estudos envolvendo a temática, especialmente na atenção primária, pois constata-se escassez de pesquisas na área.

**Palavras-chave:** Enfermeiros/as de Saúde da Família. Condições de Trabalho. Satisfação no Trabalho. Enfermeiros.

## ABSTRACT

RIBEIRO, Bruno Alvarenga. Pleasure and suffering at work: a study with primary care nurses in the city of Formiga/MG. 209f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2018.

It is a research that, in terms of its objectives, can be classified as descriptive-exploratory and in terms of the nature as qualitative research. Qualitative research allowed us to get in touch with the universe of meanings constructed by the studied population, which in this case refers to the universe of senses attributed by the nurses who work in the primary care in the city of Formiga/MG, to the experiences of suffering and pleasure experienced by them in the daily work life. In this direction, the research aimed to understand how the situations that cause pleasure and suffering at work are linked to the ways in which these professionals express their subjectivities in the occupational social context in which they are inserted. The population was formed by 17 nurses who act as managers in the Family Strategy Units of the municipality of Formiga/MG. Data were collected through semi-structured interviews, and content analysis was used to evaluate the information. The study allowed us to establish contact with the subjectivities of nurses who work in the primary care of the city of Formiga / MG, which facilitated the understanding of mediations, which in the daily work, promote the articulation between the experiences that generate pleasure and suffering. Among the mediations, which make coping with suffering a possible experience, and which also enable its articulation with the experiences responsible for the production of pleasure, two have been highlighted: the interpersonal relationships that nurses establish with the members of their teams, which act as a kind of protective factor against the precariousness of work, and the Permanent Education Program (PEP) created by them. It is understood that the second can present itself as a potentiating factor of the first, since it allows the category of the nurses who work in the primary care of the municipality of Formiga/MG to organize as a collective, functioning at the same time, as a psychological and political instrument. As a political instrument, it is recommended that the PEP be evidenced as such, since its strengthening may result in the materialization of actions that would eventually lead to the consolidation of Permanent Health Education strategies in the municipality of Formiga/MG. New studies involving the subject are recommended, especially in primary care, since there is a shortage of research in the area.

**Keywords:** Family Health Nurses. Work conditions. Job Satisfaction. Nurses.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Porcentagem de homens e mulheres, enfermeiros/as que gerenciam as unidades das ESFs no município de Formiga/MG, 2018. ....	126
Gráfico 2 – Estado civil dos/as enfermeiros/as que gerenciam as unidades das ESFs no município de Formiga/MG, 2018. ....	128
Gráfico 3 – IES em que o(a)s enfermeiro(a)s concluíram suas graduações em Enfermagem, Formiga/MG, 2018. ....	129
Gráfico 4 – Tipo de vínculo trabalhista do(a)s entrevistado(a)s, Formiga/MG, 2018. ....	130
Gráfico 5 – Tempo de trabalho como profissional da Enfermagem, Formiga/MG, 2018. ....	131
Gráfico 6 – Tempo de trabalho do(a)s enfermeiro(a)s, participantes do estudo, na atenção primária, Formiga/MG, 2018. ....	132

## LISTA DE SIGLAS

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CF/88 – Constituição Federal de 1988  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão  
IES – Instituições de Ensino Superior  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social  
NOBs – Normas Operacionais Básicas  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem  
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência  
SAMU – Serviço Móvel de Urgência  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
US – Unidades de Serviços  
USF – Unidade de Saúde da Família  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	21
1.2 PRESSUPOSTO.....	24
1.3 OBJETIVO GERAL .....	25
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>2 QUADRO TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
2.1 O TRABALHO HUMANO: ASPECTOS HISTÓRICOS E ONTOLÓGICOS .....	27
2.1.1 <i>As Formações Societárias Pré-Capitalistas</i> .....	34
2.1.2 <i>O Modo de Produção Capitalista: da cooperação simples ao toyotismo</i> .....	43
2.2 REFLEXÕES SOBRE A SUBJETIVIDADE A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA E DA CLÍNICA DA ATIVIDADE .....	56
2.3 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	67
2.4 ENFERMAGEM: BREVE HISTÓRIA DE UMA PROFISSÃO .....	82
2.5 SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO DO/A ENFERMEIRO/A .....	97
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODO .....</b>	<b>107</b>
3.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	107
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	109
3.2.1 <i>Setor de Saúde</i> .....	110
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	112
3.4 COLETA DOS DADOS.....	113
3.4.1 <i>Instrumento de Coleta de Dados</i> .....	113
3.4.2 <i>Procedimento de Coleta de Dados</i> .....	115
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	115
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	123
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA.....	124
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>125</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PERFIS DOS ENTREVISTADOS .....	126
4.2 SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO DO/A ENFERMEIRO/A QUE ATUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE FORMIGA/MG .....	134
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>181</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>186</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICE II.....</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE III.....</b>	<b>201</b>
<b>APÊNDICE IV.....</b>	<b>205</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>206</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>207</b>

## APRESENTAÇÃO

Meu nome é Bruno Alvarenga Ribeiro. Sou psicólogo formado pela Universidade do Estado de Minas Gerais - Campus de Divinópolis/MG (FUNEDI/UEMG) desde dezembro de 2001. Já são dezessete anos de formado e nesse período trabalhei em algumas áreas em que encontrei oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Mas, a docência sempre foi um sonho! A primeira oportunidade de me aproximar desse sonho ocorreu em 2007, quando lecionei no Centro Federal de Educação Tecnológica de Bambuí/MG (CEFET-Bambuí). A experiência durou apenas um semestre.

Em 2009 ingressei no Centro Universitário de Formiga/MG (UNIFOR-MG) e já são nove anos lecionando disciplinas de Psicologia, em diversos cursos de graduação da instituição citada. Ao longo de minha trajetória como docente do UNIFOR-MG tive a oportunidade de lecionar no curso de Serviço Social até o ano de 2016, entretanto, hoje o curso não está vigente. Ao me aproximar do Serviço Social uma semente lançada na graduação acabou germinando, estou me referindo à militância no movimento estudantil durante os cinco anos do curso de Psicologia. Cheguei a ser vice-presidente do Diretório Acadêmico da FUNEDI/UEMG durante um mandato de dois anos e presidente do Centro Acadêmico de Psicologia também por um mandato.

Deste modo, a aproximação com o Serviço Social repolitizou a minha trajetória profissional. Sobretudo, ela introduziu um divisor de águas que foi me afastando gradualmente da opção teórica que sempre balizou a minha atuação como profissional da Psicologia: o Behaviorismo Radical. Aos poucos fui me aproximando da Teoria Social Crítica de Marx. Por sua vez, esta aproximação, que vem se processando mais profundamente nos últimos nove anos, me empurrou em direção à Psicologia Sócio-Histórica, que é a perspectiva teórica que na Psicologia estabelece um diálogo fecundo com o Materialismo Histórico e Dialético. Em função deste diálogo, a Psicologia Sócio-Histórica pensa o homem não a partir de apriorismos subjetivistas e nem como um ser passivo que sucumbe ao meio em que está inserido. O homem é artífice da sua própria história e sua subjetividade dá testemunho dos modos como ele se insere no contexto mais amplo da vida social e do tempo histórico em que vive.

Os reflexos da adoção deste modelo de homem se fazem sentir nesta pesquisa. Por isso, o interesse em compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as. O objetivo da pesquisa é revelador de suas bases teóricas ao articular as experiências subjetivas do sofrimento e prazer aos modos de realização do trabalho. Desta forma, a subjetividade aparece em sua interface com a objetividade e materialidade que constituem o mundo do trabalho.

O interesse pelo sofrimento e prazer no trabalho do/a enfermeiro/a não brota apenas do modelo de homem adotado por esta pesquisa. Ele também é fruto da repolitização que atingiu a minha trajetória profissional ao me aproximar do Serviço Social e também da Teoria Social Crítica de Marx. Essa repolitização despertou o interesse pelo universo das políticas públicas, sobretudo, das políticas sociais. Deste interesse foi se consolidando uma convicção: as políticas sociais são mediações capazes de assegurarem a promoção de justiça social, aquela mesma justiça que nos tempos da militância estudantil era apenas um sentimento. No entanto, não se trata de uma convicção pura e simples, mas de uma convicção formada a partir de estudos críticos a respeito da interface entre o mundo da política e os modos de produção da materialidade da vida social, ou de modo mais preciso da interface entre estrutura (modo de produção) e superestrutura (vida ideológica).

A partir desta perspectiva, as políticas sociais são entendidas como respostas ao modo como a sociedade capitalista se organiza para produzir os bens necessários à sobrevivência humana. Esses modos de organização produzem contrastes sociais que se manifestam das mais diferentes formas. As políticas sociais atendem às demandas geradas por estes contrastes. Nesse sentido, elas são mediações importantes para a promoção de justiça social. Elas comportam o potencial necessário para promover maior igualdade de acesso aos bens e serviços necessários a uma vida com dignidade e/ou bem-estar social.

Como eu acredito nas políticas sociais como mediações promotoras de justiça social, então, não haveria motivos para não acreditar no Sistema Único de Saúde (SUS). Eu acredito no SUS! Eu acredito num sistema de saúde universal pautado na noção de direito social. Mas como o SUS se constrói? De diversos modos, mas principalmente a partir da atuação dos profissionais que estão inseridos nos seus

diferentes equipamentos que atendem às demandas dos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde no Brasil.

O profissional da Enfermagem é um desses profissionais e a atenção primária é um desses níveis de complexidade. Não é nenhum exagero afirmar que o SUS começa na atenção primária. No entanto, a atenção primária, como todo o universo das políticas de saúde no país, vem sofrendo um profundo processo de precarização. Essa precarização acarreta em sofrimento para os profissionais da saúde e, entre eles, está o/a profissional da Enfermagem. Sobretudo, é importante lembrar que nos equipamentos da atenção primária, em especial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), o/a enfermeiro/a quase sempre ocupa cargos de gestor/a.

Certamente, o aprofundamento da precarização da saúde pública no nível da atenção primária também atinge os/as enfermeiros/as. Todavia, apesar de todo o sofrimento os/as profissionais da Enfermagem continuam trabalhando. Isso é sinal de que o trabalho também pode ser fonte de prazer. Deste modo, uma pesquisa que seja capaz de revelar como esses profissionais conciliam prazer e sofrimento no trabalho pode oferecer subsídios para que eles/elas tenham condições de efetuarem mudanças no próprio trabalho, o que certamente resultaria em empoderamento de cada trabalhador/a individualmente e também em empoderamento de toda a categoria profissional.

Portanto, a realização desta pesquisa traduz a convicção de que a construção de um mundo melhor é possível, desde que seja pela via da edificação de uma sociedade pautada na generalização dos direitos sociais. O SUS é um pilar importante na consolidação desses direitos no Brasil. Não é possível admitir retrocessos que, ademais, precisam ser combatidos. E uma das melhores formas de combatê-los é dando voz aos seus profissionais. Por fim, esta pesquisa pretende dar voz aos/às profissionais da Enfermagem inseridos/as no espaço socio-ocupacional da atenção primária do município de Formiga/MG.



## 1 INTRODUÇÃO

Toda pesquisa parte de um problema com a intenção de produzir conhecimentos que permitam reconstruir a rede de determinações em que ele se insere. Feito isso, é possível apreendê-lo em sua totalidade e planejar intervenções que resultem em sua solução ou que produzam as ferramentas necessárias para tanto. Quando as intervenções não são possíveis ou não se fazem imediatas em função de diversas situações, é esperado, ao menos, que a investigação responda ao problema de pesquisa, de modo a munir a comunidade científica com os meios necessários para recortar o objeto estudado, em algumas das suas expressões.

O objeto da presente pesquisa poderia ser recortado em alguns dos seus diversos modos de apresentação na realidade, mas a escolha de delimitá-lo de modo a dar destaque a uma de suas nuances se fez necessária em função de alguns fatores que tornam relevante tal delimitação. Para entender quais são esses fatores é importante compreender qual é o problema sobre qual essa pesquisa se debruçou. O problema pode ser assim sintetizado: quais são as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG?

É relevante notar que a pesquisa partiu de um entendimento: prazer e sofrimento são experiências que se fazem presentes no trabalho do/a enfermeiro/a que atua no âmbito da atenção primária. A literatura é contundente neste sentido, e essas experiências realmente são parte do trabalho do/a enfermeiro/a nos diversos espaços ocupacionais em que ele se insere. Em alguns casos, o sofrimento é uma das principais causas por trás da ocorrência de acidentes de trabalho (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007). Em outros, ele se conecta ao uso de substâncias psicoativas (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Diversos fatores são apontados como os responsáveis pela experiência do sofrimento no trabalho do/a enfermeiro/a. A precarização do trabalho, que não se restringe à iniciativa privada, atingindo também a saúde pública, é um desses fatores (MEDEIROS et al., 2006). Existem outros, tais como as jornadas de trabalho extenuantes, sobrecarga de trabalho, remuneração inadequada, as características tensiógenas dos serviços de saúde, entre outros (SCHMOELLER et al., 2011). Para suportarem a experiência do sofrimento os profissionais desenvolvem os mais

diferentes mecanismos de defesa como, por exemplo, a agilização dos procedimentos para liberar mais rapidamente os pacientes, o que evita a criação de laços afetivos que possam potencializar essa experiência (DAL PAI; LAUTERT, 2009).

O prazer também é uma experiência possível no trabalho do/a enfermeiro. Muitas vezes ele aparece ligado ao reconhecimento profissional e a melhora no quadro dos pacientes. Este último fator acaba reforçando o sentimento de sucesso produzido por intervenções bem sucedidas (ELIAS; NAVARRO, 2006; KESSLER; KRUG, 2012). Pensar, portanto, o trabalho como fonte de prazer abre precedentes para concebê-lo em sua relação com as significações atribuídas a ele pelos trabalhadores, rompendo, desta feita, com a lógica que normalmente o associa somente ao sofrimento. De outro modo, o trabalho não precisa significar apenas sofrimento, caso contrário, ele se transformaria em uma experiência terrificante e paralisadora. É bom que se note que a despeito de todo sofrimento, o trabalhador continua trabalhando. O/a enfermeiro/a, por exemplo, continua desempenhando as suas atribuições nos espaços sócio ocupacionais em que está inserido, inclusive, no âmbito da atenção primária.

No entanto, a maioria das pesquisas sobre o sofrimento e prazer no trabalho do/a enfermeiro/a foram desenvolvidas nos diferentes espaços sócio ocupacionais existentes dentro dos hospitais ou nos serviços de média e alta complexidade. Os mais comuns são os pronto-atendimentos e unidades de terapia intensiva (UTI). Nestes locais os aspectos tensiógenos do trabalho se fazem bastante presentes, o que coloca em evidência a relação entre trabalho e sofrimento, e levanta o questionamento sobre a possibilidade de se sentir prazer mesmo em meio a tais aspectos. Poucas pesquisas, como apontam David et al. (2009) e Schmoeller et al. (2011), se voltaram para o sofrimento e prazer no trabalho do/a enfermeiro/a no âmbito da atenção primária. Assim, este é um fator que tornou relevante a delimitação de um objeto de estudos que possibilitasse a identificação das situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG.

Outro fator relevante é que ao voltar-se para a atenção primária a pesquisa teve a oportunidade de salientar a lógica de uma assistência em saúde pautada nos preceitos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo, assim, reflexões que colocassem em questionamento as práticas assistenciais curativas

centradas no modelo biomédico. De outro modo, a pesquisa teve condições de dar visibilidade aos ganhos representados pela reorientação da assistência em saúde estabelecida a partir dos marcos do SUS, apontando ainda quais são os fatores que, no âmbito da atenção primária, ocasionam sofrimento e prazer no trabalho do/a enfermeiro/a. Por fim, o conhecimento destes fatores, em alguma medida, se fez importante em função da possibilidade de resultar em valorização do trabalho do/a enfermeiro/a que atua na atenção primária do município de Formiga/MG, munindo, assim, a categoria profissional com ferramentas para lutar contra a precarização da sua força de trabalho.

Para além dos benefícios apontados e que certamente podem se desdobrar da identificação das situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, há que se ressaltar que a partir da identificação dessas situações foi possível compreender como elas se vinculam aos modos como esses profissionais expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as, sendo este o objetivo que orientou a presente investigação. Deste modo, prazer e sofrimento se conectam por meio das significações que os/as profissionais da Enfermagem atribuem a essas experiências. A depender das significações elas podem se incompatibilizar e criar dificuldades à realização do trabalho ou podem transformá-lo em mediação para o crescimento pessoal e também profissional.

Nesse cenário, de um lado está o trabalho com toda a sua materialidade que pode ocasionar em sofrimento e também em prazer. De outro, estão os profissionais que não vivem essas experiências passivamente. Esses profissionais são sujeitos ativos nesse processo e por meio das suas subjetividades eles são capazes de significarem essas experiências. Por fim, as significações das experiências de prazer e sofrimento se desdobram em condutas que promovem, com maior ou menor facilidade, o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde. Depreende-se daí, que os profissionais da saúde, incluindo os/as enfermeiros/as, se constituem como mediações importantes para a materialização dos serviços de saúde na lógica do SUS. Por isso, foi importante conhecer as suas condições de trabalho e como subjetivamente eles lidam com elas, o que colocou a necessidade de construção de um olhar sobre o trabalho prescrito, o trabalho real e o que Clot (2006) nomeia de real da atividade.

O trabalho prescrito compreende aquilo que o trabalhador deveria fazer. Mas nem sempre é possível trabalhar conforme o que estabelecem as prescrições, já que o trabalho real, o que de fato os trabalhadores fazem, se constitui de imprevistos e contradições que apontam para os engessamentos do trabalho prescrito. Entre o trabalho prescrito e o trabalho real está o real da atividade, que é aquilo que deveria ser feito e que por algum motivo não foi (CLOT, 2006). Em momento apropriado o conceito de real da atividade será devidamente explicitado. Por ora é suficiente compreendê-lo como a atividade implícita, como aquilo que não se realizou, mas que carrega em si toda a potência para a transformação das condições reais vividas pelo trabalhador em seu trabalho. Nela estão os núcleos das significações do trabalho real e do trabalho prescrito, o potencial criativo do trabalhador e também toda a rede de afetos que transformam o trabalho em fonte de prazer ou de sofrimento.

Para que este trabalho pudesse, finalmente, ter uma estrutura lógica capaz de facilitar o entendimento dos seus fundamentos teóricos-metodológicos e dos dados produzidos pela pesquisa, optou-se por uma forma de organização dividida em quatro tópicos. No primeiro tópico foram apresentados o pressuposto, a justificativa e os objetivos da investigação.

No segundo tópico foi apresentado o quadro teórico, que é composto por cinco capítulos. O primeiro retratou o trabalho como categoria ontológica, desvelando, deste modo, o poder heurístico desta categoria e o que ela tem a oferecer para a análise do objeto abordado pela presente investigação. O segundo capítulo apresentou algumas reflexões sobre a subjetividade a partir das perspectivas da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade, que dialogam com a Teoria Social Crítica de Marx. Por sua vez, esse diálogo foi fundamental para que se extraísse da categoria trabalho todo o seu potencial.

Em seguida, nos três capítulos seguintes foram abordadas a história da saúde pública no Brasil, a história da Enfermagem e algumas reflexões sobre o prazer e o sofrimento no trabalho do/a enfermeiro/a. Esses capítulos ajudaram a construir o cenário em que se insere o objeto de estudos abordados por esta pesquisa e algumas das suas redes de determinação. A compreensão deste cenário se fez importante à medida que ajudou a lançar luz sobre o processo de alternância entre objetividade, formada pela materialidade da vida social, e subjetividade, construída pelas significações atribuídas pelos/as enfermeiros/as às experiências vividas no trabalho. Por fim, esta alternância constitui uma unidade dialética.

O terceiro tópico abordou a proposta de desenvolvimento da pesquisa. Ele fez uma apresentação da natureza do estudo, do seu local de realização, dos participantes da pesquisa, dos procedimentos de coleta e análise dos dados, dos aspectos éticos da investigação e dos critérios para a sua suspensão ou encerramento, além, é claro, de realizar um esboço detalhado dos cronogramas financeiro e de atividades da pesquisa.

No último e quarto tópico foram apresentadas as análises dos dados produzidas pela investigação. A apresentação foi dividida em dois momentos. Num primeiro momento foram analisados os dados referentes à caracterização dos perfis dos/as profissionais entrevistados/as, focando informações tais como: prevalência do gênero sexual, idade média dos/as profissionais, estado civil, instituição em que foi concluída a graduação, tempo médio de formação, tempo médio de trabalho na instituição (Prefeitura de Formiga/MG), tempo de trabalho como profissional da Enfermagem, tempo de trabalho na atenção primária, tipo de vínculo trabalhista e faixa de rendimento salarial.

Num segundo momento o texto se debruçou sobre as categorias analíticas construídas para esse estudo, demonstrando, acima de tudo, como a precarização do trabalho, que acarreta em sofrimento, tem como fatores determinantes o enraizamento da ofensiva neoliberal e a consolidação cada vez mais contumaz do processo de desmonte da saúde pública. Também foram alvo de análises as situações geradoras de prazer, que ocorrem junto às experiências que ocasionam em sofrimento, o que colocou a necessidade de análise das mediações que viabilizam a conciliação de ambas. Mas antes foram analisadas as mediações que tornam possível o enfrentamento do sofrimento, demonstrando, assim, que ele não precisa ser, necessariamente, uma experiência terrificante e paralisadora.

Finalmente, foram listadas as referências utilizadas para o desenvolvimento deste estudo, como também os apêndices e anexos, que relacionam os documentos que possibilitaram a realização da pesquisa.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O sofrimento no trabalho do/a profissional da Enfermagem vem sendo alvo de estudos de diversas investigações (ELIAS; NAVARRO, 2006; MEDEIROS et al. 2006; MARTINS; ZEITOUNE, 2007; DAL PAI; LAUTERT, 2009; KESSLER; KRUG,

2012). Esta temática vem chamando a atenção dos pesquisadores porque deixa transparecer uma contradição: os profissionais responsáveis pelo cuidado no campo da saúde estão adoecendo, e com base nessa situação, que Secco et al. (2010, p. 15) questionam: “quem cuida de quem cuida”? A questão revela algo importante: o sofrimento é uma experiência que participa do cotidiano dos/as profissionais da Enfermagem.

Mais do que isso, ela revela que esses profissionais estão se sentindo desamparados diante da experiência do sofrimento. Tanto é verdade que existem estudos, como o conduzido por Ribeiro e Shimizu (2007), que associam a experiência do sofrimento à ocorrência de acidentes de trabalho entre os profissionais da Enfermagem. O/a enfermeiro/a passa mais tempo com os pacientes, principalmente no ambiente hospitalar; além de ser responsável por atividades como de limpeza e esterilização, somando-se ainda a essas variáveis, a sobrecarga e as jornadas de trabalho extenuantes. Todas essas condições acabam produzindo sofrimento e resultando em acidentes de trabalho (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Outros estudos, como o conduzido por Martins e Zeitouné (2007), ligam o sofrimento no trabalho vivido por enfermeiros/as à utilização de substâncias psicoativas. As autoras explicam que a desvalorização dos profissionais da Enfermagem está entre um dos principais motivos que predis põem esses profissionais ao uso dessas substâncias. Deste modo, a utilização de entorpecentes acaba agindo como uma espécie de mecanismo de defesa que tem como principal objetivo a minimização do sofrimento (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Medeiros et al. (2006) apontam que o sofrimento no trabalho do/a enfermeiro/a não é algo restrito à iniciativa privada. Ele também atinge os servidores públicos. Conforme Medeiros et al. (2006), as precárias condições dos serviços públicos são potenciais fontes de sofrimento e elas resultam do processo de avanço da ofensiva neoliberal, que acaba, por sua vez, ocasionando em regressões no campo dos direitos sociais. Deste modo, a lógica da coisificação vai se enraizando nas relações sociais. Ao trabalhador, resta a alternativa de se submeter à exploração da sua força de trabalho.

No entanto, as investigações têm apontado que o trabalho também pode proporcionar prazer. Kessler e Krug (2012) mencionam que geralmente o prazer está associado ao reconhecimento do trabalho do/a profissional da Enfermagem por parte dos pacientes. As autoras também demonstram que a melhora no quadro dos

pacientes é uma fonte de prazer no trabalho, pois aponta para o sucesso dos esforços empreendidos pela equipe para viabilizar o acesso aos serviços de saúde.

Os achados de Kessler e Krug (2012) estão em consonância com os resultados da pesquisa conduzida por Elias e Navarro (2006), em hospital universitário, junto a profissionais da Enfermagem. A pesquisa de Elias e Navarro (2006) revelou que ajudar outrem é o melhor que o trabalho pode oferecer. Assim, é necessário dar destaque aos estudos sobre o sofrimento e o prazer no trabalho, pois podem ajudar a fortalecer a categoria profissional dos/as enfermeiros/as.

Schmoeller et al. (2011) afirmam que a realização desses estudos é importante porque contribuem para a valorização da profissão. Já Kessler e Krug (2012) acrescentam que este tipo de estudo pode munir os/as profissionais com as armas para lutarem por melhores condições de trabalho. Nesse sentido, a presente pesquisa, que tem como objeto de estudo as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiro/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, pode contribuir tanto para a valorização da profissão quanto para munir os/as profissionais com os instrumentos necessários para lutarem por melhores condições de trabalho.

Sobretudo, ela se faz relevante tendo em vista o cenário em que será realizada: a atenção primária do município de Formiga/MG. Um pequeno parêntese: para os fins deste trabalho a atenção primária é compreendida

[...] como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44).

Matta e Morosini (2008) ainda esclarecerem que no Brasil adotou-se a designação atenção básica em substituição ao conceito de atenção primária. Os autores explicam que isso ocorreu “[...] para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44). Todavia, a preferência pela utilização do termo atenção primária se deve ao reconhecimento internacional atribuído ao mesmo, sem desmerecer, é claro, a tentativa brasileira de demarcar a criação de um sistema universal de saúde pautado na noção de direito social.

De acordo com Schmoeller et al. (2011), a maioria dos estudos realizados sobre o sofrimento e o prazer no trabalho do/a enfermeiro/a têm o hospital como cenário. David et al. (2009) afirmam que são escassas as pesquisas desenvolvidas no âmbito da atenção primária e que o privilégio do cenário dos hospitais nos estudos sobre o sofrimento e o prazer no trabalho dos/as enfermeiros/as revela a dicotomia do sistema de saúde brasileiro, dividido entre a assistência curativa, que tem um caráter eminentemente individual, e a saúde assistencial, que é de caráter coletivo.

Portanto, o presente estudo se faz único em função da possibilidade de produzir conhecimento sobre as condições de trabalho que na atenção primária do município de Formiga/MG podem atuar como fontes geradoras de sofrimento e prazer no trabalho dos/as enfermeiros/as, contribuindo, desta forma, para dar maior visibilidade ao trabalho fundamentado nos princípios da prevenção e promoção da saúde, rompendo, em certa medida, com um modelo de saúde pautado na centralidade do hospital.

## 1.2 PRESSUPOSTO

O presente estudo parte do entendimento de que o sofrimento é uma experiência que permeia a atuação do/a profissional da Enfermagem. O que se quer saber é: quais são as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG?

Considerando o público que contribuiu para a realização da presente investigação, que são os/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, entende-se que diversas situações podem estar relacionadas à experiência do sofrimento, mas um destaque maior é conferido à precarização do trabalho no âmbito da saúde pública. Medeiros et al. (2006) afirmam que a precarização dos serviços públicos no campo da saúde comparece como uma das principais fontes causadoras de sofrimento entre profissionais da Enfermagem que atuam na saúde pública.

Deste modo, é importante destacar que a precarização, conforme Antunes (2009), se traduz por meio da destruição da força humana que trabalha, o que inclui desde as formas de regulações das relações trabalhistas, marcadas na contemporaneidade pela fragilização, até as condições em que o trabalho é



realizado. Essas condições fazem com que o/a profissional da Enfermagem tenha que se deparar com situações constrangedoras, pois sabendo o que fazer, em várias ocasiões, falta o necessário para fazer o que precisa ser feito. Tais condições colocam, portanto, o profissional diante do sentimento de impotência, estabelecendo, desta maneira, uma via aberta à experiência do sofrimento.

Por outro lado, acredita-se que o trabalho não seja apenas fonte de sofrimento. Nesse sentido, os/as profissionais que participaram da pesquisa relataram situações que no trabalho são fontes geradoras de prazer e que essas fontes são relacionadas às possibilidades de intervenções que promovem o acesso aos serviços de saúde, que asseguram o cumprimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que levam a ações pautadas na promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários do SUS. Prazer e sofrimento comparecem, deste modo, como expressões da subjetividade, transcendendo e testemunhando, ao mesmo tempo, que o sentir mantém relação com a materialidade da vida social.

No entanto, existe algo que escapa à materialidade do próprio trabalho e que remete às instâncias da sua significação, por isso, a preocupação com a articulação entre prazer e sofrimento no trabalho. Como esses trabalhadores/as da saúde estão significando o sofrimento e, por vezes, convertendo-o em experiências da qual se pode extrair prazer? Compreender a maneira como eles/elas fazem isso produzirá um conhecimento que pode ser útil para a efetivação de estratégias de educação em saúde que alcancem o trabalhador nas condições reais em que ele se encontra, empoderando-o, de tal modo, que tornar-se-á viável a consecução de ações para a ressignificação do trabalho pelo próprio trabalhador.

### 1.3 OBJETIVO GERAL

Compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as.

#### 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar quais são as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG.

- Conhecer quais são as mediações construídas pelos/as enfermeiros/as da atenção primária do município de Formiga/MG para tornar possível o enfrentamento do sofrimento no trabalho.

- Levantar as estratégias utilizadas pelos/as enfermeiros/as da atenção primária no município de Formiga/MG para conciliar prazer e sofrimento no trabalho.

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 O TRABALHO HUMANO: ASPECTOS HISTÓRICOS E ONTOLÓGICOS

É necessário que se estabeleça, antes de qualquer outra discussão, a importância de se refletir sobre a categoria trabalho em sua relação com o trabalho do/a enfermeiro/a que atua no espaço socio-ocupacional da Atenção Primária da Saúde, sendo necessário lembrar que o/a enfermeiro é um profissional, que como qualquer outro, está inserido na divisão sociotécnica do trabalho. Disso decorre que ele/a é um/a trabalhador/a, o que significa que é pela venda da sua força de trabalho, que é uma mercadoria, que é assegurada a sua sobrevivência.

Pelo menos dois elementos se desdobram da inserção do/a enfermeiro/a na divisão sociotécnica do trabalho, que colocam, por sua vez, a necessidade da venda da sua força de trabalho como único meio para garantir a sobrevivência. O primeiro elemento diz respeito à natureza desta inserção, que obriga logicamente a uma reflexão, ainda que breve, sobre o que é a divisão sociotécnica do trabalho; enquanto o segundo guarda relação com o vínculo estabelecido entre trabalho e capital, que se constitui como a base que sustenta o modo como é organizada a produção de mercadorias no capitalismo, que atende, por sua vez, a uma única finalidade: expandir as relações de dominação capitalista.

A divisão sociotécnica do trabalho, ou simplesmente divisão social do trabalho, não está vinculada necessariamente à produção de mercadorias. No capitalismo ela aparece sob esta roupagem porque “[...] está intrinsecamente relacionada à produção de valor, que se revela como uma imposição impessoal pelo mercado”. (BARRADAS, 2014, p. 51). Mais ainda:

A divisão social do trabalho, enquanto função social, encerra um pressuposto necessário para a subjugação do trabalhador como mero produtor de coisas a serem intercambiadas. A subjugação do trabalhador como produtor de mercadoria encontra na divisão social do trabalho uma forma específica de realizar a conexão de distintos trabalhos [...] (BARRADAS, 2014, p. 65).

Barradas (2014) lembra que a produção de mercadorias não se coloca como necessidade categórica que torna a divisão social do trabalho imprescindível. A divisão vai ocorrer de qualquer forma, dependendo, apenas, da finalidade de

transformar a natureza para dela extrair a sobrevivência. Aqui se revela o que o trabalho humano tem de mais singular, o que lhe confere inevitavelmente o estatuto de categoria ontológica, ou seja, de categoria fundante do mundo dos homens. O trabalho enquanto atividade especificamente humana, pelo menos no sentido de ser uma atividade dotada de intencionalidade, que difere, deste modo, do trabalho animal, estabelecerá com a natureza o intercâmbio necessário à sua transformação. Sendo assim, é por meio do trabalho que o homem transforma a natureza para satisfazer as suas necessidades. Em Marx (1996a) fica claro porque o trabalho é uma categoria ontológica:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio (MARX, 1996a, p. 297).

Uma análise pormenorizada da passagem supracitada revela alguns elementos importantes. O primeiro deles é de que o trabalho é a atividade que faz a mediação entre o homem e a natureza. Por meio desta mediação o homem produz o que é “útil para sua própria vida”. (MARX, 1996a, p. 297). De outro modo, sem o trabalho qualquer possibilidade de produzir os bens necessários à sobrevivência do homem seria impensável. Ademais, por meio do trabalho o homem se apropria da natureza e/ou do mundo ao seu redor e esse é o segundo elemento que pode ser extraído da passagem citada. Não se trata de um simples ato de apropriação em que o mundo exterior é reproduzido no interior do homem. A apropriação do mundo tem uma base material, mas não se limita a isso.

A base material é fundamental e dela deriva a base dos determinantes de produção da própria humanidade [...] Mas o jogo entre tais condições materiais e sua subjetivação como forma de compreensão do mundo e condição para a sua transformação também é fundamental para a produção humana. De tal forma, podemos afirmar que a partir da ação concreta no mundo (atividade), o ser humano passa a constituir aspectos subjetivos de registro e significação que lhe permitem a produção de sentidos que acompanham (sem ser reflexo) sua ação no mundo. Neste processo

de construção subjetiva aparece também o novo, ou seja, aquilo que ainda não estava pensado ou significado. Antecipa, projeta, pensa em novas formas não existentes na realidade, controlando o mundo existente e reproduzindo-o de acordo com seus interesses (FURTADO, 2011, p. 68).

Objetividade e subjetividade formam, nesta perspectiva, uma unidade de contrários. Tal aspecto ficará mais claro quando for desnudada a teleologia encerrada no trabalho, embora Marx, na passagem transcrita, indique algo que aponta neste sentido. O autor menciona que não só a natureza se transforma, mas também o homem. Deste modo, é possível concordar que neste apontamento está presente a relação entre materialidade e subjetividade, analisada por Furtado (2011). Marx vai além e sugere que as potências adormecidas na natureza são despertadas através da ação do trabalho e que suas forças são sujeitadas ao domínio humano, o que significa que por meio do trabalho a natureza é humanizada e submetida aos determinantes históricos e sociais; e, desse modo, a natureza é historicizada. É, portanto, neste sentido, que o trabalho pode ser tomado como categoria ontológica.

Depreende-se daí que o trabalho é a mediação necessária ao processo de humanização do homem. O resgate de alguns dos aspectos mais importantes da história do trabalho, que ocorrerá posteriormente, ajudará a tornar mais clara essa questão. Por ora, é importante salientar que o trabalho perde o seu caráter de mediação necessária à humanização do homem quando submetido à lógica que rege as sociedades divididas em classes sociais. De categoria capaz de humanizar o homem, o trabalho passa a assumir a condição de mediação que subtrai do homem o que ele tem de mais humano, que é a sua subjetividade, pois ela é capturada com o único fim de assegurar, no caso das sociedades capitalistas, a acumulação de riquezas.

Por fim, o trabalho é dotado de teleologia, o que indica que ele é uma atividade dirigida por uma intencionalidade. É clássico o exemplo em que Marx compara o trabalho humano ao trabalho animal.

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho

obtém-se um resultado que já no início este existiu na imaginação do trabalhador e, portanto, idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 1996a, p. 298).

O exemplo utilizado por Marx lança luz sobre a relação entre objetividade e subjetividade, o que revela que o trabalho humano não é meramente uma atividade submetida à materialidade das vidas natural e social. Ele também é uma expressão da subjetividade do próprio homem, por isso entende-se que a relação entre objetividade e subjetividade é uma relação dialética, que ambos formam uma unidade de contrários. O exemplo ainda revela algo importante sobre o trabalho: ele é uma atividade teleologicamente orientada, ou seja, ele é dirigido para um fim, o que implica na existência de uma prévia-ideação que só se objetiva quando o trabalho é realizado. A objetivação é a materialização da ideia previamente concebida, e o trabalho é a mediação necessária para que ela se objetive. (LESSA; TONET, 2011). Portanto, são inseparáveis as esferas da consciência (subjetividade) e da materialidade (objetividade), mas a primeira só pode existir por causa da existência da segunda, por isso, Marx e Engels são categóricos em afirmar: “Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (MARX; ENGELS, 2007, p. 94).

Lessa e Tonet (2011) explicam como se estabelece a relação entre consciência e materialidade e como esta determina aquela:

Sem a materialidade natural não poderia existir a consciência dos homens. Nesse preciso sentido, a matéria é anterior à consciência. Por outro lado, o ser social apenas pode existir como síntese das ideias (da prévia-ideação) com a materialidade natural. Essa síntese produz uma nova causalidade, uma nova esfera objetiva, realmente existente, tão existente quanto uma pedra ou o universo: a sociedade humana (p. 41).

O trabalho cria, portanto, uma nova esfera de determinação. Essa nova esfera é a sociedade humana. Com ela surge a divisão social do trabalho, que Barradas (2014) menciona como condição essencial para a produção de mercadorias. Por outro lado, a autora lembra que a produção de mercadoria não é condição para a divisão social do trabalho. Esta última tem caráter universal e independe das formações societárias – dos modos de organização da vida em sociedade – para

existir. “Afinal, é a divisão social do trabalho que é pressuposto histórico da produção de mercadorias, e não o contrário”. (BARRADAS, 2014, p. 50). Só muito recentemente que o produto do trabalho aparece na história como mercadoria intercambiável, como objeto portador de um valor que ultrapassa o seu valor de uso, que é conhecido como valor de troca. Sobre os valores de uso e de troca é bom recorrer à Marx (1996a):

A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. Essa utilidade, porém, não paira no ar. Determinada pelas propriedades do corpo da mercadoria, ela não existe sem o mesmo. O corpo da mercadoria mesmo, como ferro, trigo, diamante etc. é, portanto, um valor de uso ou bem. Esse seu caráter não depende de se a apropriação de suas propriedades úteis custa ao homem muito ou pouco trabalho. O exame dos valores de uso pressupõe sempre sua determinação quantitativa, como dúzia de relógios, vara de linho, tonelada de ferro etc. [...] O valor de uso realiza-se somente no uso ou no consumo. Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta. Na forma de sociedade a ser por nós examinada, eles constituem, ao mesmo tempo, os portadores materiais do – valor de troca (p. 166).

O homem produz com o objetivo de criar bens que tenham alguma utilidade para a sua vida prática. Nisso consiste o valor de uso. Qualquer que seja a forma de produção de riqueza, ou seja, qualquer que seja a formação societária, que ao longo da história da humanidade são divididas em formações primitivas, asiáticas, escravistas, feudais e capitalistas, os homens produzirão valores de uso para satisfazerem às suas necessidades, por isso Marx afirma que “os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta”. (1996a, p. 166). Mas, ao final da passagem o autor assinala que na sociedade examinada por ele, a capitalista, o valor de uso é um componente do valor de troca.

O valor de troca, ou simplesmente valor, não é deduzido das propriedades físicas da mercadoria. Essas propriedades traduzem apenas o seu valor de uso. No valor de troca uma quantidade de mercadoria é trocada por outra quantidade de mercadoria (BARRADAS, 2014). “[...] O valor de uma mercadoria é diretamente proporcional à quantidade de trabalho abstrato nela materializado e inversamente proporcional à produtividade do trabalho concreto que a produz” (BOTTOMORE, 2013, p. 623). O trabalho abstrato compreende o dispêndio de força de trabalho para a produção de mercadorias, independente de suas formas concretas. O trabalho

concreto é aquele tipo particular de trabalho que resulta na produção de um tipo de mercadoria.

Atividades como aplicar vacinas, verificar pressão, prestar orientações sobre situações que levam ao adoecimento compreendem, dentre outras atividades, o trabalho concreto do/a enfermeiro/a. Como ele é realizado sob o regime de assalariamento, que correspondem à entrada do/a enfermeiro/a na divisão social do trabalho tipicamente capitalista, a sua realização se dá sob condições em que o dispêndio de força para a sua efetivação são muito superiores ao valor obtido para que esse dispêndio de fato se efetive, configurando, assim, uma relação de exploração. Mais ainda, todo o dispêndio se concretiza em condições que colocam obstáculos à realização do trabalho concreto do/a enfermeiro/a, que são marcadas, por exemplo, pela ausência de medicação, luvas para procedimentos específicos, o que precariza ainda mais o seu trabalho e assinalam sob que forma se dá a sua inserção na divisão social do trabalho, tipicamente capitalista.

Portanto, o trabalho abstrato corresponde ao trabalho assalariado, alienado pelo capital e despido de suas especificidades. Ele é a expressão da coisificação do humano. Segundo Lessa (2012, p. 26), o trabalho abstrato “corresponde à submissão dos homens ao mercado capitalista, forma social que transforma a todos em “coisas” (reificação) e articula nossas vidas pelo fetichismo da mercadoria.” O autor ainda acrescenta “que o trabalho abstrato é a redução da capacidade produtiva humana a uma mercadoria, a força de trabalho, cujo preço é o salário. Todas as atividades humanas assalariadas são trabalho abstrato” (LESSA, 2012, p. 28).

Pensar nas projeções da reificação sobre o trabalho do/a enfermeiro/a pode ajudar a compreender o sofrimento dos profissionais, o estado de precariedade da política de saúde no âmbito da atenção primária e o alcance dela sobre os seus usuários. Se os profissionais da saúde, entre eles/as os/as enfermeiros/as, estão adoecendo, a política também está sujeita ao “adoecimento”, o que coloca limite no que tange ao alcance dos usuários e no processamento das demandas que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde. Mais adiante será possível visualizar que os/as enfermeiros estão adoecendo, o que justifica a realização de uma investigação que se debruce sobre a forma como esses profissionais lidam com o sofrimento ocasionado pelo trabalho. Por ora, é importante assinalar que a inserção do/a enfermeiro/a na divisão sociotécnica do trabalho o transforma em



trabalhador assalariado sujeito a todas as condições do assalariamento, inclusive o sofrimento.

No entanto, as relações de trabalho tipicamente capitalistas, marcadas, sobretudo, pela exploração da força de trabalho como meio para a produção de riquezas, são um produto de condições históricas que substituíram as relações predominantes nas formações societárias pré-capitalistas, relações que eram desprovidas da universalização categórica do assalariamento (trabalho abstrato), que reflete algo típico do modo de produção capitalista: o trabalho abstrato só pode existir em sua relação de determinação com o capital (LESSA, 2012). Todavia, isso não quer dizer que as sociedades pré-capitalistas não sejam marcadas pela exploração do homem pelo homem, que se dava por meio da apropriação do excedente de produção (LESSA, 2012).

Deste modo, recuperar, ainda que brevemente, a história do trabalho, ajudará a construir uma compreensão da forma como se dá a sua realização no modo de produção capitalista. Tal reflexão também lançará luz sobre o trabalho como mola propulsora de toda a construção da história da humanidade, o que apenas reforçará, a partir de uma perspectiva histórica, os seus aspectos ontológicos. Ademais, o esclarecimento dos fundamentos ontológicos do trabalho humano é a chave para a compreensão de como o sofrimento é produzido quando a força de trabalho é submetida aos ditames do capital, subtraindo, desta maneira, do trabalho os seus aspectos humanizadores e transformando-o, desta feita, em uma mediação que leva à coisificação do humano.

Por último, mas não menos importante, retratar a história do trabalho elucidará como estão relacionadas a produção da vida material e da vida espiritual, como ambas encontram no trabalho a base que lhes confere sustentação. Desta feita, as produções ideológicas surgem também como produtos do trabalho humano, por isso em cada formação societária vigorou um conjunto de crenças que foram adotadas para justificarem a exploração do homem pelo homem. De outro modo, ao buscar meios para satisfazer suas necessidades o homem também produz conhecimento (ANDERY; SÉRIO, 1996), ele também produz a base ideológica que serve de justificação para os meios que são utilizados na produção dos bens materiais.

### 2.1.1 As Formações Societárias Pré-Capitalistas

Em se tratando da história do trabalho ela pode ser dividida conforme esquema sugerido por Oliveira (1987): formações primitivas, formações asiáticas, formações escravistas, formações feudais e formações capitalistas. As quatro primeiras fases da história do trabalho correspondem às formações sociais pré-capitalistas. Nelas também há trabalho, mas este assume um significado diferente daquele que é comum ao modo de produção capitalista.

As formações societárias primitivas vigoraram durante o período que ficou conhecido como paleolítico, que se estende entre 1 milhão a.C., quando surgiram os primeiros hominídeos, até 10.000 a.C. (KNAPIK, 2005). Ele também é chamado de Idade da Pedra Lascada, nome que é uma referência à tecnologia comum a este período: o uso de pedras para a fabricação de utensílios para a caça de animais. Aliás, as técnicas usadas para o domínio da natureza são os critérios utilizados pelos arqueólogos para dividirem a pré-história em paleolítico, neolítico e idade dos metais, o que indica que houveram algumas revoluções tecnológicas, que por sua vez foram acompanhadas por mudanças na forma de organizar a produção dos bens necessários à sobrevivência. Há aí um primeiro indicativo do trabalho como mola propulsora do processo de dominação da natureza pelo homem, aquilo que Marx (1996a) chama de apropriação da matéria natural.

O paleolítico é marcado por uma economia de sobrevivência. Neste período os homens viviam exclusivamente da caça, pesca e coleta de alimentos, o que acabou impondo a necessidade de um estilo de vida nômade. Pinsky (1994) cita duas limitações resultantes de uma economia de sobrevivência: a possibilidade de expansão demográfica e os cuidados com a prole. Com relação aos cuidados com a prole o autor observa:

[...] Em grupos de caçadores e coletores, crianças pequenas constituem empecilhos tanto para a fácil locomoção da tribo [...] como para a própria obtenção do alimento. Elas não podiam caçar e atrapalhavam as mães nas longas caminhadas que precisavam ser feitas para a busca de raízes, caminhadas tanto maiores quanto maior fosse o grupo e mais tempo estivesse acampado no mesmo local (PINSKY, 1994, p. 34).

No paleolítico existia uma divisão rudimentar das tarefas, determinada pelas condições naturais como o sexo e a idade. As diferenças de sexo e idade

condicionavam a divisão social do trabalho e também o seu planejamento, mas o que estava em jogo, nesta forma de divisão, era a sobrevivência da comunidade tribal. (BARRADAS, 2014). Por isso, essas formações societárias ficaram conhecidas como formações comunais. Pinsky (1994) chega a afirmar que

nos grupos precedentes à revolução agrícola já havia uma divisão sexual de tarefas: ao homem cabia a caça e a preparação de todo o equipamento para a atividade, enquanto a mulher era a coletora e a responsável pela educação dos filhos (p. 40).

Esta divisão se acentua ainda mais após a descoberta da agricultura e são criados rituais para justificarem a dominação masculina sobre as mulheres, já que economicamente o papel dos homens na economia de sobrevivência das sociedades comunais não era tão importante quanto o da mulher. Por fim, é bom lembrar que a descoberta da agricultura, que levou à revolução agrícola, foi o marco divisor da passagem entre o paleolítico e o neolítico (10.000 a 4.000 a.C). Com a revolução agrícola surgiu também o excedente de produção e as disputas pela sua apropriação levaram à dissolução das formações primitivas.

As disputas pelo excedente de produção colocaram a necessidade da escolha de guerreiros e líderes entre os membros das tribos. O papel atribuído aos guerreiros e líderes era o de comandar as guerras travadas entre as tribos, que eram motivadas pela defesa ou conquista de novos territórios.

A necessidade de um chefe, a fim de poder agir em conjunto, tanto para a defesa da comunidade, diante de um inimigo, quanto para dirigir os esforços na obtenção de sua subsistência, introduziu na Sociedade a ideia de uma autoridade política. Consolidar-se-á, com o tempo, a figura do chefe e de seus auxiliares mais próximos, e surgiria, como representante do poder espiritual, a casta sacerdotal, aliada e suporte dos detentores do poder político (ROSA, 2012, p. 44).

Os líderes eleitos para a defesa da comunidade e para a direção dos esforços coletivos na busca da sobrevivência, depois de um tempo intitularam-se reis, cujo direito era estabelecido com base em prerrogativas divinas. Reis e guerreiros se apropriaram das terras mais produtivas e as distribuíram entre si. Nasce, assim, uma nova forma de organização social que ficou conhecida como formações asiáticas, algo que ocorreu durante a idade dos metais (4.000 a 3.500 a.C). O ano de 3.500 a.C é tomado como marco para o fim da era dos metais não porque eles deixam de

ser utilizados, mas por causa da invenção de uma tecnologia que mudou o mundo dos homens: a escrita. A partir daí decreta-se o fim da pré-história, salientando-se que a escrita surgiu como ferramenta para contabilizar o excedente de produção. Portanto, o seu surgimento foi condicionado pelas bases materiais das formações asiáticas.

Assinala Oliveira (1987), que as formações asiáticas constituem um modelo teórico desenvolvido por Marx para explicar a passagem das sociedades sem classes para as sociedades divididas em classes sociais. O modelo de Marx foi aplicado originalmente na análise de algumas sociedades da antiguidade como o Egito, Pérsia, entre outras. Lembra Oliveira (1987, p. 16) que

Marx não podia supor que, com os avanços da arqueologia e da etnologia, desde o século XIX, a hipótese teórica do modo de produção asiático pudesse ser ampliada a outras situações espaciais e temporais [...] a ponto de deixar de ser característica exclusiva da Ásia, podendo-se, assim, até abandonar o adjetivo *asiático* (Grifo do autor).

O modo de produção predominante nas formações asiáticas está baseado na formação de comunidades aldeãs. As aldeias são pequenos conglomerados formados por aldeões. Por sua vez, os aldeões eram os trabalhadores que recebiam a terra do Estado para trabalhar, pagando por ela impostos *in natura*, ou seja, pagando pelo uso da terra com os bens nela produzidos. Os impostos *in natura* eram escoados para uma comunidade superior, que exercia sobre as comunidades inferiores (comunidades aldeãs) o seu poder. Geralmente a comunidade superior era formada por um centro urbano, e neste centro encontravam-se os símbolos do poder: o palácio e o templo.

Aquino; Franco e Lopes (1980) comentam que nas formações asiáticas o templo é elevado ao lugar de prestígio porque o rei usa a ideologia religiosa para legitimar-se no poder. Claramente esta ideologia está a serviço do modo de produção baseado em relações de exploração da força de trabalho dos aldeões, está a serviço da justificação dos conflitos de classes, sendo, portanto, usada para escamoteá-los. A religião foi utilizada “a fim de resignar o pobre com a sua pobreza e também com a riqueza dos ricos, a todos permitindo viver e interagir e encontrar gosto e significação para suas existências tão contrastantes” (RIBEIRO, 1998, p. 100). E é bom que seja assinalado que em nome da religião grandes obras foram

realizadas como, por exemplo, as pirâmides do Egito, que serviram de túmulos para abrigar os corpos dos faraós.

No entanto, não somente de servidão viveram as formações asiáticas. A servidão conviveu com a escravidão, e a força de trabalho escrava era obtida a partir da captura dos povos vencidos em guerras. “[...] Os prisioneiros de guerra já não são sacrificados nos cerimoniais de antropofagia ritual, mas apresados como trabalhadores cativos, surgindo, desse modo, o escravismo” (RIBEIRO, 1998, p. 95). Os escravos trabalhavam na construção das grandes obras públicas e essa situação gerou a necessidade de uma espécie de indústria da guerra para produzir a mão de obra para a construção dos templos, aquedutos, drenagem de pântanos etc. A alimentação dos escravos era fornecida pelo trabalho dos aldeões. Enquanto isso se desenvolvia no centro urbano, onde se encontrava o palácio e o templo, o artesanato, que fornecia os utensílios usados pelas classes dominantes e pelos mercadores no transporte dos víveres comercializados com outros povos.

O trabalho dos aldeões e escravos era mantido sob rígido controle do Estado. O Estado nasce, portanto, da necessidade de assegurar às classes dominantes, personificadas nas figuras do rei, no caso egípcio na figura do faraó, e dos sacerdotes, a apropriação do excedente de produção. Engels (1984) afirma que o Estado é um produto da própria sociedade. O autor analisa que é da necessidade de fazer a mediação dos conflitos de classe que surge o Estado, evitando, assim, que tais conflitos consumissem “a sociedade numa luta estéril” (ENGELS, 1984, p. 191).

Por fim, o expansionismo colonialista das formações asiáticas foi o motivo da queda destas sociedades. Para sobreviverem, estas sociedades encontraram na indústria da guerra o meio para a obtenção de mão de obra escrava, o que resultou na imposição de seus costumes sobre os povos dominados por meio da força. Todavia, os povos submetidos assimilaram as tecnologias dos conquistadores, e mais tarde utilizaram-nas para submetê-los da mesma forma que foram submetidos.

Mas, o fim das formações asiáticas não coloca fim ao escravismo. O modo de produção baseado na mão de obra escrava subsiste de tal forma que a organização da vida social que substituiu as formações asiáticas será chamada de formações escravistas. A Grécia Antiga (1.100 a 146 a. C) e a Civilização Romana (753 a. C ao século V) são os dois grandes exemplos deste tipo de formação.

Gois (2008) salienta que mesmo com o lento avanço das forças produtivas, pois produzir mais implicava em mais exploração, o escravismo representou um avanço se comparado às formações sociais anteriores, pois nesta forma de

organizar a produção dos bens materiais houve uma diversificação da produção e um incremento do comércio entre as diferentes sociedades. Depreende-se daí que o escravismo esteve baseado numa economia de mercado, o que explica a complexificação nos âmbitos da vida material e ideológica. Não por acaso ocorre o desabrochar da Filosofia Clássica, que tem em Platão e Aristóteles os expoentes da cultura grega e em Santo Agostinho o ícone do tipo de saber produzido quando o escravismo e o Império Romano se encontravam em decadência.

Platão (426-348 a.C.), por exemplo, dizia que os homens eram diferentes tanto em suas capacidades de conhecerem o mundo quanto em suas vocações. Ele criou um sistema classificatório para as vocações em que o caráter do homem poderia ser dividido em caráter de bronze, prata e ouro (ANDERY; MICHELETTO; SÉRIO, 1996a). Os escravos tinham caráter de bronze, os guerreiros caráter de prata e os filósofos caráter de ouro. O caráter de ouro também se aplicava aos cidadãos responsáveis pela direção da pólis. De acordo com o sistema classificatório de Platão, os cidadãos estavam vocacionados à participação na vida da pólis, já os escravos estavam vocacionados ao trabalho. Portanto, o que se observa é que os gregos nutriam uma profunda aversão pelo trabalho, que era considerado algo humilhante e desprezível (KNAPIK, 2005).

A aversão dos gregos ao trabalho era tão grande que Aristóteles (384-322 a.C.) só considerava cidadãos os indivíduos que estivessem completamente liberados do trabalho manual, que deveria ser executado pelos escravos (ANDERY; MICHELETTO; SÉRIO, 1996a). Cabe salientar que a queda da Grécia diante da invasão romana não colocou fim ao escravismo. Este modo de produção persistiu até o século V quando da queda do Império Romano. Após a queda do Império Romano, o regime que tinha como pilar a exploração da força de trabalho escravo, é lentamente substituído pelo modo de produção feudal em uma transição que durou alguns séculos.

Estão ligados à queda do Império Romano alguns fatores. O principal deles refere-se aos custos elevados com a manutenção de um exército de soldados utilizados para manterem os escravos sob controle. A elevação dos custos também resultou do aumento de funcionários públicos responsáveis pelo recolhimento dos impostos. Por sua vez, os impostos eram destinados à manutenção do exército. Por causa disso é que Gois (2008, p. 36) afirma que “[...] o modo de produção escravocrata entra em crise em decorrência do seu próprio desenvolvimento”.

É desta época, no século V, a produção de Santo Agostinho (354-430). “Algumas ideias caracterizaram o pensamento de Santo Agostinho: as noções de beatitude, graça, predestinação e iluminação divina, todas ligadas ao conceito de Deus” (RUBANO; MOROZ, 1996, p. 145). Santo Agostinho também se preocupou com a condição humana, que não o impediu de defender o escravismo, e sua defesa esteve baseada na noção de predestinação.

A ideia de que Deus conduz tudo o que ocorre no universo, inclusive a vida humana, implica a aceitação de que tudo no mundo é bom, justo, consentido por Deus. Tal postura justifica inclusive o escravismo de seu tempo [...] (RUBANO; MOROZ, 1996, p. 150).

Também em Santo Agostinho encontra-se a ideia de que a Igreja Católica deve ter supremacia sobre o Estado, pois ela é a representante da cidade de Deus, uma realidade espiritual que transcende o mundo natural. De acordo com Santo Agostinho, “sendo os representantes de Deus na Terra, os chefes da Igreja não cometeriam erros, ao contrário dos governantes” (RUBANO; MOROZ, 1996, p. 150). Durante a Idade Média esta ideia vai servir de justificativa para a dominação da Igreja e para a sua interferência em todos os âmbitos da vida feudal.

Fica claro, portanto, que tanto a filosofia quanto o pensamento teológico representam o grau de refinamento ideológico alcançado pela vida espiritual no período em que vigoraram as formações societárias escravistas. Por sua vez, tal refinamento, usado para justificar a exploração do homem pelo homem, tem no trabalho ou na forma histórica da sua realização a sua origem. Desta maneira, desprezar os modos como as vidas material e espiritual se conectam, tendo o trabalho como mediação, é correr o risco de esvaziar a construção da existência humana, e as formas como ela é significada, de seu conteúdo histórico. Desta feita, o histórico se transforma em natural, o que cria a margem para a reprodução de relações de coisificação do humano, como ocorre, por exemplo, nas relações sociais de produção capitalistas.

As relações de produção capitalistas serão analisadas mais adiante. Antes é preciso recorrer a uma análise das formações feudais e das contradições que no interior destas formações levaram ao nascimento do modo de produção capitalista. De modo não muito diferente, como já foi assinalado, as transições entre as formações societárias analisadas foram marcadas por contradições que se originaram da forma de realização do trabalho. A passagem das formações

societárias asiáticas para as formações escravistas ilustra tal asserção com riqueza de detalhes. O mesmo pode ser dito da passagem das formações escravistas para as formações feudais, pois é dos escombros do Império Romano é que se origina o feudalismo.

Os altos custos de manutenção do Império levaram ao desguarnecimento das suas fronteiras. As invasões bárbaras resultaram deste fato. Com as invasões o Império se desmantela e se fragmenta em porções de terras dominadas pelos chefes dos clãs bárbaros e por seus guerreiros, que mais tarde se transformarão nos senhores feudais, fundando, desta forma, os dois elementos básicos da organização da vida social durante a Idade Média: o feudo e as relações de vassalagem, relações marcadas tanto pela exploração quanto pela troca de favores e obrigações. Esta troca de favores tem origem na forma dos povos bárbaros organizarem a produção da vida material, que levou a uma ruralização da maior parte das terras que pertenciam ao Império Romano (RUBANO; MOROZ, 1996).

O Feudo constituiu-se como a principal unidade econômica da Idade Média, que vai do século V ao XV. Huberman (1980) afirma que o feudo era formado por extensões de terras de algumas centenas de acres que circundavam uma aldeia onde habitavam os servos que cultivavam a terra. A terra era trabalhada com base no estabelecimento de dois tipos de relações: de vassalagem e de servidão. As relações de vassalagem eram estabelecidas entre nobres feudais. Um senhor feudal cedia parte de suas terras para outro senhor, devendo este último prestar vassalagem ao seu suserano. O vassalo era quem recebia a terra e suserano era quem a cedia. Não se trata aqui de uma simples concessão de terras, pois embora entre suseranos e vassalos fosse criado um vínculo pessoal, este vínculo era permeado de algumas obrigações: “entre o suserano e o vassalo, as obrigações eram de ordem militar, financeira e jurídica” (RUBANO; MOROZ, 1996, p. 136).

Existiam, além das relações de vassalagem, também as relações de servidão estabelecidas entre os senhores feudais e os seus servos.

Os vínculos pessoais também existiam entre senhores e servos; enquanto o senhor tinha por obrigação proteger os servos de ataques, estes tinham duas formas de obrigação – prestar serviços (plantar na terra do senhor, consertar estradas, arrumar moinhos, etc.) e dar ao senhor parte da produção agrícola (RUBANO; MOROZ, 1996, p. 137).



Os servos estavam na base de toda a pirâmide da sociedade feudal. No topo estavam os senhores feudais, que eram formados pelos nobres e também pelo poder eclesiástico. Os nobres ofereciam aos seus servos proteção militar. Já a nobreza eclesiástica oferecia proteção espiritual.

A nobreza e o clero constituíam as classes governantes. Controlavam a terra e o poder que dela provinha. A Igreja prestava ajuda espiritual, enquanto a nobreza, proteção militar. Em troca, exigiam pagamento das classes trabalhadoras, em forma de cultivo de terras (KNAPIK, 2005, p. 49).

Mas o tratamento dado pela Igreja Católica aos seus servos não era muito melhor do que o tratamento dispensado pelos senhores feudais e, em muitos casos, era até pior. (HUBERMAN, 1980). Oliveira (1987) destaca que a Igreja era a detentora do monopólio religioso, controlando, assim, o sistema ideológico que conferia sustentação ao regime feudal. Então os servos eram oprimidos de um lado pelo poder secular dos senhores feudais e de outro pelo poder ideológico da Igreja. Deste modo, os servos jamais poderiam chegar à condição de senhores, o que demonstra o quão rígida era a estrutura da sociedade feudal.

A representação do cosmos adotada durante a Idade Média é um bom exemplo desta rigidez. O modelo utilizado foi o de Ptolomeu, e nele, a terra ocupava o centro do universo e tudo mais girava ao seu redor: os planetas, o sol e as estrelas.

Numa sociedade rigidamente estruturada, em que a Igreja se encontra no topo da escala hierárquica, não é de estranhar que as concepções acerca do universo como ordenado e estático, ideias advindas dos gregos, passassem a prevalecer, pois guardam relação com a própria estrutura da sociedade feudal (RUBANO; MOROZ, 1996, p. 144).

A adoção do modelo Ptolomaico é bastante simbólica. O simbolismo da Terra no centro representa a centralidade de Deus e da Igreja na vida do homem medieval, representa a centralidade do discurso religioso, que engessava de tal forma as relações entre senhores e servos, que era impossível pensar em qualquer tipo de mobilidade social. Não cabia ao servo buscar qualquer tipo de recompensa em sua vida terrena, pois esta estava reservada para a vida eterna e ela seria conquistada à medida em que ele se submetesse aos ditames do destino. Eis aí o núcleo ideológico da Idade Média: a sacralização da vida ordinária, que terá

profundas repercussões na produção de conhecimentos sobre o mundo e sobre o homem. Só com a dessacralização do mundo puderam nascer as ciências da natureza, da sociedade e do homem, algo que se tornou possível com a ascensão da burguesia enquanto classe social.

Esta ascensão não ocorreu de modo ocasional. Foi necessário o amadurecimento do comércio, que destruiu as bases de sustentação do feudalismo.

O feudalismo encontrou-se plenamente estruturado na Europa por volta do século XI, com suas características principais inteiramente definidas: uma classe de produtores diretos, os servos, que já então gerava um excedente agrícola significativo, expropriado pelos senhores feudais, classe parasitária dedicada especialmente à caça e à guerra. Mas, paralelamente, mantinha-se a produção para a troca (isto é, a produção de mercadorias), centrada no trabalho artesanal. Essas trocas serão muito estimuladas a partir das Cruzadas; assim, a estrutura social do feudalismo começa a se tornar mais complexa: os artesãos a pouco e pouco se organizam (em corporações) e os comerciantes/mercadores também buscam mecanismos associativos (as ligas). O estabelecimento de rotas comerciais para o Oriente trará um novo dinamismo a esse processo, que dará às atividades comerciais um destaque cujas consequências vão contribuir para a erosão das bases da ordem feudal, abrindo a via à crise do feudalismo e suas instituições, num longo período de transição que, ao fim, marcará o colapso do *Antigo Regime* (NETTO; BRAZ, 2006, p. 69-70 – grifo dos autores).

Sendo assim, de acordo com Marx (1996b), a decomposição da ordem feudal liberou os elementos para o nascimento da ordem do capital. Esta última é fundada na apropriação privada dos meios de produção, o que transforma a força de trabalho na única mercadoria cuja exploração resulta na produção e acumulação de riquezas e/ou na produção de mais-valia ou mais valor. O conceito de mais-valia será retomado no momento apropriado, de modo a demonstrar sua relação com a forma como se estrutura as formações societárias capitalistas.

Por fim, uma última questão precisa ser ressaltada de modo que a diferença entre as formações escravistas e feudais se faça evidente. No feudalismo era interessante aos servos aumentarem os seus níveis de produtividade, pois parte do que produziam era destinado a eles. Tal situação os levou a desenvolverem novas ferramentas e formas de cultivo da terra. Como as inovações tecnológicas resultaram em mais produção, o excedente de produção, além é claro, de reativar o comércio, ocasionou em crescimento populacional.

Por sua vez, o crescimento populacional levou a um superpovoamento dos feudos. Diante disso “[...] os senhores feudais romperam o acordo que tinham com

os servos e expulsaram do feudo os que estavam sobrando” (LESSA; TONET, 2011, p. 62). Restou aos servos venderem sua força de trabalho para sobreviverem. Estavam dadas as condições para o surgimento do capitalismo. E é neste exato sentido que Marx (1996b) afirma que o colapso do feudalismo liberou as forças para o nascimento do modo de produção capitalista, ressaltando, sobretudo, a centralidade do trabalho em todo este processo, o que só faz reafirmar o seu estatuto ontológico e o poder heurístico da categoria trabalho.

### 2.1.2 O Modo de Produção Capitalista: da cooperação simples ao toyotismo

Liberto das amarras feudais, mas ao mesmo tempo desapropriado da terra e das ferramentas para cultivá-la, o homem do fim da Idade Média é obrigado a vender a sua força de trabalho nas oficinas dos mestres de ofício. Instala-se deste momento em diante um novo tipo de relação de exploração, que está na base do funcionamento do capitalismo, sistema de produção marcado pelo antagonismo entre duas classes sociais: burguesia e proletariado. De um lado está o proletariado, que não possuindo os meios de produção é obrigado a vender a sua força de trabalho, e de outro os burgueses, detentores dos meios de produção e do capital.

A transformação da matéria-prima em produtos é feita pelo trabalhador, que vende sua força de trabalho ao capitalista em troca de um salário. O capitalista é o dono dos meios de produção (matérias-primas, ferramentas, etc.) e se apropria dos produtos acabados. A sociedade capitalista tem como elementos fundamentais a propriedade privada, a divisão social do trabalho e a troca (PEREIRA; GIOIA, 1996a, p. 164).

Antes de atingir a maturidade o capitalismo percorre três formas básicas de produção de mercadoria: a cooperação simples, a manufatura e a grande indústria. (GOIS, 2008). “A cooperação simples é uma forma histórica de organização do processo de trabalho, cujo objetivo é a autovalorização do capital”. (GOIS, 2008, p. 43). Marx (1996a) analisa os efeitos da cooperação simples:

Abstraindo da nova potência de forças que decorre da fusão de muitas forças numa força global, o mero contato social provoca, na maioria dos trabalhos produtivos, emulação e excitação particular dos espíritos vitais (*animal spirits*) que elevam a capacidade individual de rendimento das pessoas, de forma que 1 dúzia de pessoas juntas, numa jornada simultânea de 144 horas, proporciona um produto global muito maior do que 12 trabalhadores isolados,

cada um dos quais trabalha 12 horas, ou do que 1 trabalhador que trabalhe 12 dias consecutivos (MARX, 1996a, p. 443 – grifo do autor).

Marx (1996a) chama a atenção para algo: se antes os trabalhadores trabalhavam isoladamente, na cooperação simples eles são reunidos no mesmo lugar, acarretando aumento da produtividade, diminuindo, assim, os custos de produção, o que vai permitir ao capitalista obter maiores taxas de lucro, multiplicando as possibilidades de extração de mais-valia. Essa situação decorre em função da exploração dos trabalhadores, que recebem pelo tempo em que disponibilizam a sua força de trabalho e não pelo que produzem.

Por sua vez, a mais-valia corresponde à quantidade de valor produzido pelo trabalhador e que ultrapassa o valor necessário à reprodução da sua força de trabalho (LESSA; TONET, 2011). Lessa e Tonet (2011) explicam o processo de produção de mais-valia lembrando que ela está relacionada com a venda da força de trabalho do trabalhador, que é comprada pelo burguês com a finalidade de obter ao final do processo de trabalho um valor superior ao que pagou por ela sob a forma de salário. Portanto, “a mais-valia é a parte da jornada de trabalho que o trabalhador realiza para além do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de determinada mercadoria” (BARRADAS, 2014, p. 72).

A mais-valia se apresenta sob duas formas: a mais-valia absoluta e a mais-valia relativa. A mais-valia absoluta é obtida

[...] mediante prolongamento da jornada de trabalho ou intensificação das tarefas, de tal maneira que o tempo de sobretrabalho (criador de mais-valia) aumentasse, enquanto se conservava igual o tempo de trabalho necessário (criador do valor do salário) (GORENDER, 1996, p. 41).

#### A mais-valia relativa

[...] resulta do acúmulo de inovações técnicas, que elevam a produtividade social do trabalho e acabam por diminuir o valor dos bens de consumo nos quais se traduz o valor da força de trabalho, exigindo menor tempo de trabalho para a reprodução desta última (GORENDER, 1996, p. 41).

Do processo de produção de mais-valia é possível deduzir que o trabalhador recebe apenas o suficiente para sobreviver. Por outro lado, o mesmo processo produz as condições que permitem ao capitalista acumular riquezas. Sendo assim, a

multiplicação das possibilidades de extração de mais-valia é proporcional ao aumento da exploração da força de trabalho do trabalhador. Deste modo, à luz do entendimento do que é mais-valia absoluta e relativa, é possível compreender diversas situações que acontecem na atualidade. O desmonte dos direitos sociais, que acaba resultando em inúmeras formas de trabalho precarizado, que ganha vida, por exemplo, por meio da terceirização, representa um retrocesso aos primórdios do capitalismo, em que a mais-valia era obtida principalmente por meio do prolongamento da jornada de trabalho, ao passo que o avanço tecnológico tem permitido expandir, ao mesmo tempo, as taxas de obtenção de mais-valia relativa. Mais-valia absoluta e mais-valia relativa se combinam, de tal modo, na contemporaneidade, que a consequência deste processo é a intensificação da exploração da força de trabalho do trabalhador.

Marx (1996a) observa o seguinte a respeito do avanço tecnológico que torna possível a produção de mais-valia relativa:

O desenvolvimento da força produtiva do trabalho, no seio da produção capitalista, tem por finalidade encurtar a parte da jornada de trabalho durante a qual o trabalhador tem de trabalhar para si mesmo, justamente para prolongar a outra parte da jornada do trabalho durante a qual pode trabalhar gratuitamente para o capitalista (MARX, 1996a, p. 437).

Na cooperação simples, a mais-valia era obtida principalmente por meio do prolongamento da jornada de trabalho. Somente na transição entre a manufatura e a grande indústria, que foi marcada pela inserção da máquina no processo produtivo, é possível observar o quanto o avanço tecnológico diminuiu o tempo de trabalho necessário à produção da sobrevivência do trabalhador, ficando todo o tempo restante, livre para a reprodução do capital. No entanto, na manufatura, com o parcelamento do trabalho, é possível observar o processo de formação de mais-valia relativa em sua forma embrionária.

Como o trabalho não produz somente a materialidade da vida social, mas também a vida espiritual que lhe confere significação, surgiram produções ideológicas no fim do século XVII para justificar a adoção do parcelamento do trabalho. Os economistas clássicos, entre eles Adam Smith, defenderam que o parcelamento do trabalho, uma inovação tecnológica dos tempos da manufatura, aumentaria a abundância geral de toda a sociedade (BORGES; YAMAMOTO, 2014).

No entanto, o tratamento dado pelos economistas clássicos ao parcelamento do trabalho acabou levando à sua naturalização, pois ele foi concebido como “uma consequência da propensão da natureza humana para permutar, negociar e trocar bens e das faculdades da razão e da linguagem” (BORGES; YAMAMOTO, 2014, p. 29).

Na perspectiva que toma o trabalho como categoria central na análise da formação da vida em sociedade, que é a perspectiva adotada por esta pesquisa, o parcelamento do trabalho não é um dado natural. O parcelamento do trabalho é uma inovação tecnológica que teve como objetivo aumentar as taxas de extração de mais-valia e, tão somente por isso, o enriquecimento geral da sociedade é irrealizável, como o é uma economia autorregulada, que é o cerne do pensamento liberal. Um parêntese: a filosofia liberal foi o instrumento ideológico utilizado pelos economistas clássicos na luta contra o Estado Absolutista. Esta filosofia proclamou que a economia era capaz de se autorregular por meio da mão invisível do mercado, fornecendo, assim, à burguesia um importante instrumento para a consolidação de suas bases políticas. Portanto, a defesa do parcelamento do trabalho, e também do liberalismo, não é mera casualidade. É, na verdade, uma expressão da articulação entre a vida material e a vida espiritual.

Por conseguinte, no capitalismo a produção ideológica alcança um grau de refinamento avançado, jamais visto nas formações societárias pré-capitalistas, que o social e o histórico aparecem como naturais, encontrando, sobretudo, na ciência, principalmente na economia, o suporte que os esvaziam de sua historicidade. Tal processo é compreensível quando se leva em consideração o grau de avanço das forças produtivas no modo de produção capitalista.

O desenvolvimento das forças produtivas compreende, portanto, fenômenos históricos como o desenvolvimento da maquinaria e outras modificações do PROCESSO DE TRABALHO, a descoberta e exploração de novas fontes de energia e a educação do proletariado (BOTTOMORE, 2013, p. [254-255] – grifo do autor).

O conceito de forças produtivas engloba os meios de produção e a força de trabalho. (BOTTOMORE, 2013). Se os meios de produção avançam como, por exemplo, através das inovações tecnológicas, como consequência deste avanço a força de trabalho será explorada de novas formas que resultam em expansão das taxas de mais-valia e também em novas produções ideológicas para justificá-las. Por

isso, é compreensível o grau de refinamento que as produções ideológicas alcançaram no capitalismo, o que explica a crença no parcelamento do trabalho e também no liberalismo.

O parcelamento do trabalho é uma novidade da manufatura. Na cooperação simples os trabalhadores dominavam todas as etapas de produção das mercadorias, por isso o trabalho era praticamente artesanal e o valor da sua força de trabalho era mais elevado. O parcelamento introduz uma novidade, qual seja: o trabalhador passa a exercer apenas uma atividade no processo global de produção da mercadoria. Os resultados desta novidade são a diminuição do valor da força de trabalho, a intensificação da produtividade e também do processo de exploração.

A manufatura, ao introduzir a divisão do trabalho, acaba gerando a especialização de um lado e a desvalorização da mão de obra do trabalhador de outro, pois cada vez mais são necessários trabalhadores menos qualificados para a realização de tarefas rotineiras. Trabalhadores menos qualificados e mais facilmente treináveis são mais fáceis de serem substituídos, o que faz expandir o exército industrial de reserva, compreendendo o excedente da população trabalhadora, necessária à acumulação de capital (MARX, 1996b). O excedente da população trabalhadora, também chamada de superpopulação,

[...] constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta, como se ele o tivesse criado à sua própria custa. Ela proporciona às suas mutáveis necessidades de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independente dos limites do verdadeiro acréscimo populacional (MARX, 1996b, p. 263).

A divisão manufatureira, que acentuou a divisão social do trabalho pré-existente, separou o trabalhador dos meios de produção, e também o fez perder o controle sobre a totalidade do processo produtivo. Mais do que isso, todo esse processo culminou na separação entre as esferas do planejamento e execução (BARRADAS, 2014). Todavia, a manufatura acaba esbarrando em uma limitação: a capacidade física do trabalhador.

Na manufatura, embora o trabalho fosse parcelado, o que dispensava a utilização de trabalhadores altamente qualificados, ainda era o operário, com a ferramenta, quem realizava o trabalho; assim, o processo produtivo dependia ainda da destreza, da habilidade dos operários, o que exigia trabalhadores razoavelmente qualificados; isto, por sua vez, impedia uma drástica redução do valor da força de trabalho. Além disso, na medida em que é o operário

quem realiza o trabalho, este fica na dependência de sua capacidade física; dessa forma, embora seja possível ao capitalista aumentar seus lucros intensificando o trabalho, aumentando a duração da jornada de trabalho, há um limite para essa possibilidade, dado pela capacidade física do trabalhador (PEREIRA; GIOIA, 1996b, p. 258).

Às vésperas da Revolução Industrial, o pensamento de um filósofo sintetiza, razoavelmente bem, a transição entre os modos de regulação do trabalho conhecidos como manufatura e grande indústria e, sobretudo, o núcleo ideológico em vigor neste momento. Este filósofo é John Locke (1632-1704), que negou a doutrina das ideias inatas e afirmou que o conhecimento provinha da experiência (ANDERY; MICHELETTO; SÉRIO, 1996b).

Locke tinha motivos para acreditar que o conhecimento derivava da experiência, que a experiência modificava o humano, pois o mundo em que vivia já não era marcado pelo imobilismo do universo feudal, mas sim, era um mundo em que a técnica e as inovações no interior das oficinas e fábricas mudavam o jeito das mercadorias serem fabricadas e a forma da sociedade funcionar. Evocar, portanto, o pensamento do filósofo – outros poderiam ser enumerados – é uma forma de reafirmar que o conhecimento humano dá testemunho do seu tempo, ou seja, que não é possível separar as esferas da materialidade e da subjetividade. De outro modo, vida material e vida espiritual estão intrinsecamente relacionadas com os modos de realização do trabalho humano, que são profundamente modificados com a introdução da máquina no processo fabril.

A introdução da máquina no processo fabril teve dois reflexos imediatos: o aumento da produtividade e a desvalorização da força de trabalho dos operários. O aumento de produtividade desbancou as outras formas de produção, ou seja, a cooperação simples e a manufatura que ainda subsistiam às mudanças trazidas pelos novos tempos são definitivamente substituídas pela produção fabril. Por sua vez, com o aumento da produtividade, tornada possível pela utilização das máquinas, que acarretaram em desvalorização do trabalhador, a contratação de operários com menor qualificação é colocada em prática.

[...] A produção mecanizada suprime a necessidade de trabalhadores qualificados e de força muscular, o que possibilita a inserção de mulheres e crianças na indústria – força de trabalho barata –, mais lucrativa aos capitalistas. Devido às intensas e precárias condições de trabalho, muitas crianças morrem precocemente, acometidas por doenças ou mutilações. As mulheres envelhecem mais cedo, muitas adquirem uma aparência masculinizada e rude, provocada pelo labor



árduo, ou seja, a família dos operários (classe trabalhadora) é degradada (GOIS, 2008, p. 51).

A máquina inaugura, deste modo, a fase da grande indústria. Na grande indústria o trabalhador não se reconhecerá no domínio dos meios de trabalho, como ocorria na cooperação simples e na manufatura, antes será dominado por eles, provendo daí a sensação de estranhamento, “isso porque, com a produção da grande indústria, antecipadamente a maquinaria será cientificamente planejada”. (BARRADAS, 2014, p. 119). É acentuado o distanciamento entre planejamento e execução do trabalho, algo que foi objeto da administração científica do trabalho na passagem entre os séculos XIX e XX. A administração científica do trabalho teve no taylorismo o seu expoente. O taylorismo “refere-se a um conjunto de formulações teóricas elaboradas pelo engenheiro americano Frederick Winslow Taylor” (GOIS, 2008, p. 60). Em seus estudos Taylor procurou descrever

[...] detalhadamente como o processo de produção tornar-se-ia mais eficiente e produtivo mediante o parcelamento de tarefas e a separação entre as atividades de planejamento e execução, eliminando, desse modo, o dispêndio de tempo em atividades não produtivas [...] (GOIS, 2008, p. 60).

Para Taylor, “o trabalhador deve ser poupado de pensar para que possa repetir os movimentos ininterruptamente, ganhando em rapidez e exatidão” (BORGES; YAMAMOTO, 2014, p. 36). A preocupação com o tempo reflete ao mesmo tempo a preocupação com a produtividade e a concepção de trabalhador subjacente ao taylorismo. Para Taylor os trabalhadores eram naturalmente inclinados à vadiagem, por isso

[...] gastavam tempo demasiado para cumprir uma tarefa, podendo ser a produção ampliada pelo simples redesenho do processo de trabalho, tanto na articulação entre os diversos cargos, como nos comportamentos individuais desenvolvidos dentro de cada posto de trabalho (COELHO-LIMA, 2013, p. 29).

A vadiagem foi uma das grandes preocupações de Taylor, tanto que os seus princípios de administração científica tinham como um dos seus objetivos a erradicação deste problema, por isso a excessiva preocupação com os tempos e movimentos. Mas Taylor foi ainda mais longe. Ele também simplificou ao máximo a execução das atividades de trabalho fragmentando-as e distribuindo-as entre

diferentes trabalhadores. No entanto, é com o Fordismo que a decomposição das tarefas ganhou materialidade.

Tendo como princípios a intensificação do trabalho, o aumento dos ganhos de produtividade e o barateamento da fabricação de mercadorias, esse modelo produtivo recebeu a denominação de fordismo, pois, em 1913, foi o empresário norte-americano Henry Ford, fundador da Ford Motor Company, em Highland Park, Detroit, o primeiro a pôr em prática em sua indústria automobilística os métodos científicos de organização do trabalho sistematizados pelo engenheiro estadunidense F. W. Taylor, juntamente com a linha de montagem contínua acoplada à esteira rolante (GOIS, 2008, p. 66).

A esteira rolante acarretou em aumento da produtividade. Com os ganhos de produtividade o fordismo estimulou o consumo em massa e essa é uma de suas características mais marcantes. Se no modo de produção baseado na cooperação simples, e mesmo na manufatura, a produção atendia à demanda, com o fordismo a demanda de consumo é criada pela produção em série, que consegue diminuir os custos da produção e da mercadoria fabricada. Mas o consumo em massa só se efetivou graças ao keynesianismo.

O binômio fordismo/keynesianismo surge como uma resposta à crise deflagrada pela queda da Bolsa de Nova Iorque, em 1929. O keynesianismo é uma filosofia política cujo principal pilar é a intervenção do Estado na economia. Isso foi feito de muitas maneiras, mas principalmente por meio da adoção de políticas sociais, que aumentaram o poder de consumo dos trabalhadores. O poder de consumo aumentado ajudou a dar materialidade à cultura do consumo em massa.

Um ponto central na abordagem keynesiana da economia é a noção de ciclo progressista, ou virtuoso, no qual o consumo gera demanda de produtos, que gera empregos, e estes, por sua vez, mantêm ou aumentam os níveis de consumo. Tal ciclo progressista consiste em fazer girar ou movimentar os recursos econômicos-financeiros. Para o ciclo ser mantido, demanda novos aumentos de produtividade do trabalho, o que é buscado na aplicação do taylorismo-fordismo [...] (BORGES; YAMAMOTO, 2014, p. 41 – grifos dos autores).

Como o fordismo acentuou a exploração da força de trabalho, em princípio ele não foi recebido tão facilmente pelos trabalhadores, e ocorreram muitas resistências. Para contornar as resistências o capital estendeu seu controle sobre a vida do trabalhador nos momentos em que ele se encontrava fora do trabalho, oferecendo por um lado jornadas menores de trabalho, de oito horas no caso fordista, e melhores remunerações, mas estabelecendo por outro lado, as condições para o

acesso a esses benefícios: ter bom comportamento, não fazer uso de bebidas alcoólicas e utilizar o dinheiro de forma adequada. (GOIS, 2013). Borges e Yamamoto (2014) afirmam que a política salarial adotada pelas empresas Ford, conhecida como a política do *five dollar day*, ajudou a contornar os problemas com o absenteísmo, a rotatividade e o desinteresse. Mas sua adoção ocorreu mediante a criação de um departamento social, “que incluía uma enorme equipe de investigadores desenvolvendo um trabalho de levantamento de hábitos do empregado, na sua vida na empresa e fora dela, incluindo visitas a sua casa” (BORGES; YAMAMOTO, 2014, p. 38-39).

A empresa Ford acabou criando as garantias para que o operário poupasse o seu dinheiro ao se certificar de que o trabalhador estava gastando bem o seu salário. Por sua vez, o dinheiro poupado poderia ser utilizado para aquisição dos produtos Ford. “Assim, enquanto a elevação do salário potencializava o poder de compra dos trabalhadores, a diminuição do tempo de trabalho, liberava-os para poderem exercer esse novo poder” (COELHO-LIMA, 2013, p. 33). E sintetizando a intencionalidade do projeto implícito no modo de regulação do trabalho proposto pelo fordismo, Coelho-Lima (2013, p. 34) acrescenta: “em suma, o que estava em pauta no projeto fordista de sociedade era um novo tipo de trabalhador, cuja sua vida fora do trabalho refletisse a rigidez e a subserviência existentes dentro da fábrica.”

O fordismo/keynesianismo criou um padrão de acumulação que deu sustentação ao Estado de Bem-Estar Social, também conhecido como *Welfare State*, que foi um modelo de estado baseado na generalização da proteção social. Durante a vigência do *Welfare State*, entre as décadas de 1940 e 1970, o capitalismo conheceu um período de vertiginosa expansão. Este período foi chamado de as três décadas de ouro do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2009). Mas esta onda de crescimento encontrou seu esgotamento no início dos anos de 1970, ocasionando, assim, no desmantelamento do *Welfare State*. Segundo Borges e Yamamoto (2014), este desmantelamento está relacionado com a interrupção do ciclo progressista.

O sucesso da atividade econômica no modelo do Estado de Bem-estar é dependente, em larga escala, da intervenção estatal na economia por intermédio de gastos sociais públicos (salários indiretos) e do fundo público (financiador do capital). A incapacidade do Estado de atender à crescente dependência de sua participação na viabilização da produção em um contexto de crise (produção excessiva com oferta desacompanhada da demanda) é um dos

vetores determinantes do definhamento do modelo (BORGES; YAMAMOTO, 2014, p. 47).

Outros fatores podem ser assinalados como determinantes para a crise do padrão de acumulação fordista/keynesianista, dentre eles, a rigidez do modelo de gestão do trabalho taylorista/fordista, que gerou obstáculos para que as organizações conseguissem acompanhar as tendências de mercado, e a resistência organizada dos trabalhadores que acarretou em perda de produtividade. Borges e Yamamoto (2014, p. 48) afirmam que o último fator se manifestou através da insatisfação “com a monotonia no trabalho, com as acelerações do ritmo de trabalho e/ou o não atendimento” das expectativas dos trabalhadores no que tange às “recompensas socioeconômicas”. Se manifestou também por meio do absenteísmo, rotatividade, retrabalho e pela recusa dos jovens ao trabalho industrial (BORGES; YAMAMOTO, 2014).

A resposta ao fim do pacto fordista/keynesianista veio por meio do toyotismo. O toyotismo surgiu no Japão após a Segunda Guerra Mundial. A economia japonesa saiu arrasada da segunda grande guerra. A crise financeira do país foi acentuada pela reduzida quantidade de capital para investimento, pela ausência de recursos naturais e energéticos e por um mercado consumidor restrito (COELHO-LIMA, 2013).

Com isso, o empreendimento toyotista tinha como prerrogativa a racionalização do uso dos recursos dentro da produção, o que implicava na redução dos desperdícios, bem como na otimização do uso dos recursos naturais, energéticos e mercadológico (COELHO-LIMA, 2013, p. 39).

Para que o desperdício pudesse ser evitado foi necessário resgatar o que o taylorismo e o fordismo haviam ignorado: a intelectualidade do trabalhador. Este resgate não foi casual. O toyotismo trabalha com estoques reduzidos, tentando, deste modo, evitar gastos desnecessários. A ordem é diminuir os custos de produção, o que aumenta a margem de lucro do capitalista. Para manter os estoques em níveis reduzidos é necessário um trabalhador que erre menos. Para errar menos ele precisa empregar no seu trabalho não somente os seus músculos, mas também o seu intelecto.

No entanto, outro motivo concorreu para o resgate da intelectualidade do trabalhador. No toyotismo o trabalhador precisa operar diversas máquinas ao

mesmo tempo, algo que é conseguido à medida em que a intelectualidade é colocada a serviço do processo produtivo.

[...] O parcelamento das tarefas e o trabalho individualizado (um homem/uma máquina) do modelo fordista não mais atendem às exigências da configuração do capitalismo daquele momento. Assim, a produção tem de ser estruturada de tal modo que os operários possam operar várias máquinas ao mesmo tempo, o que torna o trabalhador individualizado um operário polivalente que passa a integrar uma equipe de trabalhadores que operam um sistema automatizado de máquinas (GOIS, 2008, p. 78).

Outra novidade do Toyotismo é o trabalho em equipe. O trabalho individualizado e segmentado do trabalhador taylorista/fordista é substituído pelo trabalho em pequenos grupos. Num primeiro momento isso pode parecer incentivar o espírito de trabalho em equipe, no entanto, as equipes de trabalho diluem em cada trabalhador a função de supervisão, ou seja, cada trabalhador passa a ser o supervisor de si mesmo e dos outros que estão ao seu lado, pois a remuneração varia de acordo com a produtividade, o que incentiva o estabelecimento de um clima de constante vigilância.

Na verdade, o trabalho em equipe preconizado pelo toyotismo acaba incentivando a individualização do trabalhador, e a esse respeito Coelho-Lima (2013) menciona que essa forma de trabalho emula a lógica de mercado, pois além de individualizar os trabalhadores, ela também acirra a competitividade entre eles. É a competitividade o fator que mais contribui para a individualização. Portanto, conclui-se que tanto o trabalho em equipe quanto o resgate da intelectualidade foram pelo toyotismo colocados a serviço da acumulação capitalista.

[...] Diferentemente do paradigma taylorista-fordista, o toyotismo assume que a mente, e não somente o corpo dos trabalhadores, devem ser postos ativamente em função do lucro capitalista, ampliando o processo de captura das subjetividades dos trabalhadores no seio do processo produtivo (COELHO-LIMA, 2013, p. 43).

Portanto, no toyotismo, a captura da subjetividade se efetiva de modo real e não apenas formal como no fordismo (ANTUNES; ALVES, 2004). No fordismo a subjetividade precisava ser controlada, pois era uma variável interveniente dispensável ao processo produtivo, enquanto que no toyotismo ela é integrada de tal modo à produção, que acaba servindo à reprodução cada vez mais ampliada do

capital (ANTUNES; ALVES, 2004). Sendo assim, “a captura da subjetividade operária é uma das precondições do próprio desenvolvimento da nova materialidade do capital” (ANTUNES; ALVES, 2014, p. 346), e é com base nisso que se pode afirmar que a categoria trabalho não perdeu a sua centralidade, ou seja, não é por causa do resgate da intelectualidade no toyotismo, que implica na diminuição da distância entre planejamento e execução, que se pode passar necessariamente à conclusão de que o trabalho perdeu a sua centralidade, pois a maior participação dos trabalhadores nos processos produtivos não significa, de fato, maior controle destes processos. Em última instância, a subsunção da intelectualidade ao capital representa a subsunção do trabalhador em todas as suas dimensões.

Apesar de o operário da fábrica toyotista contar com maior “participação” nos projetos que nascem das discussões dos círculos de controle de qualidade, com maior “envolvimento” dos trabalhadores, a subjetividade que então se manifesta encontra-se estranhada com relação ao que se produz e para quem se produz (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 346).

A captura da subjetividade inaugura um novo tempo, um tempo em que a pedra angular é a flexibilidade. As organizações devem ser suficientemente flexíveis para atenderem às demandas do mercado, por isso, a filosofia do *just in time*, ou seja, da produção enxuta e sem desperdícios. Por isso, se expandem os sistemas de gestão da qualidade, que não asseguram a qualidade do produto, mas sim a redução do seu tempo de vida útil, garantindo, desta forma, o aumento da produção por meio da obsolescência programada (GOIS, 2008). A qualidade não passa de um discurso manipulatório para submeter a subjetividade do trabalhador, assim, como, acontece com os círculos de gestão da qualidade, que promovem uma espécie de participação que resulta na cooptação da dimensão intelectual.

A flexibilidade, que não fica restrita às estruturas organizacionais ou aos modos de organização do processo produtivo, se estende também às relações trabalhistas. O resultado é a perda de direitos, que levam, por sua vez, à precarização do trabalho. A terceirização é uma das formas que dão visibilidade à precarização. A terceirização transfere parte das atividades produtivas de uma empresa para outra empresa menor. Este artifício desmobiliza as lutas dos trabalhadores e transfere os encargos trabalhistas para as empresas terceirizadas, o

que acaba reduzindo os custos de produção e aumentando as margens de lucro. Portanto,

[...] a busca incessante pela rentabilidade e qualidade tem sido acompanhada de demissão em massa e implementação de processo de terceirização, o que enfraquece os funcionários e induz seu comprometimento com as metas da organização (ALTAF; TRINTA; ABDALLA, 2009, p. 22).

Por fim, a flexibilização das relações trabalhistas encontra o seu substrato no neoliberalismo. O neoliberalismo é a filosofia política, que numa linha contrária ao keynesianismo, defende “a desregulamentação da economia, a minimização do Estado e flexibilização das relações de trabalho, imprescindíveis ao padrão de acumulação toyotista” (GOIS, 2008, p. 10-11). O neoliberalismo comparece, assim, como o núcleo ideológico dos tempos marcados pelo toyotismo. Sua obsessão pela flexibilização das relações trabalhistas não é mera casualidade. Na verdade, ela é a expressão dos novos modos de reificação do trabalho humano. O homem, feito coisa, é enredado por um discurso que o coloca como artífice do próprio destino, quando na verdade ele está submetido, desde o seu corpo até à sua intelectualidade, a relações cujo único interesse é transformá-lo num instrumento a serviço da reprodução ampliada do capital.

O que resta ao trabalhador? Criar espaços de liberdade, que se constroem entre o trabalho prescrito e o trabalho real, no e pelo “real da atividade” de trabalho, e que assegurem a sua integridade psíquica. Trabalho prescrito, trabalho real e “real da atividade” são conceitos que se desdobram da Clínica da Atividade, que tem em Yves Clot o seu expoente. No momento apropriado, quando forem apresentados os fundamentos teóricos que fornecerão subsídios para uma reflexão sobre a subjetividade do trabalhador e sobre o enfrentamento do sofrimento no trabalho, eles serão retomados. Por ora, é importante conectar, ainda que sinteticamente, os aspectos objetivos do trabalho no capitalismo, em especial do trabalho nos tempos do toyotismo, sobretudo, marcado pela precarização, ao objeto desta pesquisa.

Para tanto, é importante lembrar que a precarização, que aprofunda o processo de reificação, também atinge o trabalho do/a enfermeiro/a. Isso acontece de dois modos. Primeiro porque o/a enfermeiro que atua na atenção primária sofre com os reflexos do Estado mínimo, ou seja, de um Estado pautado nos preceitos do neoliberalismo, que sendo mínimo para o trabalhador, se faz máximo para o capital

(COUTO, 2008). Os reflexos do Estado mínimo sobre as políticas sociais são óbvios, inclusive sobre as políticas de saúde, e o mais evidente de todos eles é o desmonte destas políticas, o que precariza o trabalho do/a enfermeiro/a. Uma segunda questão importante é que em tempos de precarização, e de avanço da terceirização, tem se multiplicado a massa de desempregados. A massa de desempregados multiplica, por sua vez, as demandas das políticas sociais e as políticas de saúde não estão livres destas determinações.

Portanto, o sofrimento do/a enfermeiro/a deve ser pensado em sua relação com os modos de realização do trabalho na atualidade. Depreende-se daí que a categoria trabalho é uma categoria analítica importante, pois ela é capaz de revelar os determinantes que estendem a lógica da reificação ao trabalho do/a enfermeiro/a, demonstrando, desta forma, como esta lógica pode estar relacionada ao sofrimento no trabalho. Mas ela não é a única categoria, e é necessário recorrer a outras. Uma delas é a categoria subjetividade, que será discutida a partir da perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade. A Psicologia Sócio-Histórica é a abordagem teórica na Psicologia que melhor estabelece um diálogo com a Teoria Social Crítica de Marx, teoria que é um dos principais fundamentos desta pesquisa. Já a Clínica da Atividade é uma extensão da Psicologia Sócio-Histórica à análise do trabalho enquanto atividade de transformação do mundo e também do homem.

## 2.2 REFLEXÕES SOBRE A SUBJETIVIDADE A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA E DA CLÍNICA DA ATIVIDADE

A categoria trabalho, que como demonstrado, é uma categoria ontológica, é uma das referências centrais desta pesquisa. Seu valor heurístico ajuda a lançar luz sobre as determinações que condicionam os modos como as sociedades se organizam para produzirem os bens materiais necessários à satisfação das necessidades humanas. Por sua vez, estas determinações revelam os processos que sustentam as maneiras como o homem se apropria da realidade e como a partir desta apropriação constrói o seu mundo interior, ou seja, como a partir desta apropriação é edificada a sua subjetividade. Deste modo, a subjetividade se revela como objeto de estudos da Psicologia, pelo menos na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, compreendendo, portanto, todas as



[...] expressões, as visíveis (nosso comportamento) e as invisíveis (nossos sentimentos), as singulares (porque somos o que somos) e as genéricas (porque somos todos assim) – é o homem-corpo, homem-pensamento, homem-afeto, homem-ação e tudo isso está sintetizado no termo subjetividade (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 23).

Os autores ainda assinalam, que a subjetividade sendo uma síntese das experiências vividas pelo homem, o que faz dele um ser único, é ao mesmo tempo uma expressão daquilo que iguala a todos à medida que se constituem como seres singulares a partir da relação estabelecida com a objetividade social.

A subjetividade é a síntese singular e individual que cada um de nós vai constituindo conforme vamos nos desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural; é uma síntese que nos identifica, de um lado, por ser única, e nos iguala, de outro lado, na medida em que os elementos que a constituem são experienciados no campo comum da objetividade social. Esta síntese – a subjetividade – é o mundo de ideias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 23).

Sendo assim, nesta perspectiva, a subjetividade deve ser compreendida como um elemento constituinte da relação entre o mundo material e o mundo subjetivo. Este último sintetiza o conjunto das experiências vividas pelo sujeito. De outro modo, subjetividade e objetividade formam uma unidade de contrários, e nesta síntese, o mundo objetivo, que preexiste os homens enquanto seres individuais, passa a integrar a subjetividade por meio do processo de apropriação. Neste exato momento a objetividade é negada enquanto tal. “Nesse momento, ao mesmo tempo em que é realidade objetiva, independente desse sujeito em particular, ela se nega enquanto tal, porque passa a ser realidade subjetiva”. (AGUIAR, 2007, p. 98). Trata-se, então, de uma relação dialética que não opõe o subjetivo ao objetivo e vice-versa.

Desta feita, na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica a constituição da subjetividade deve ser compreendida em sua íntima relação com a objetividade social, o que dá origem a modos de subjetivação, de experimentar a própria intimidade e também de expressá-la, que são traduções do tempo histórico vivido pelo homem. Num tempo marcado pelo avanço do toyotismo e pela flexibilização do

processo produtivo, como também das relações trabalhistas, o modo de subjetivação hegemônico ganha corpo pela via da captura da subjetividade, que não se faz sem consequências.

[...] o processo de “captura” da subjetividade do trabalho [...] tende a dilacerar (e estressar) não apenas a dimensão física da corporalidade viva da força de trabalho, mas sua dimensão psíquica e espiritual (que se manifesta por sintomas psicossomáticos). O toyotismo é administração *by stress*, pois busca realizar o impossível: a unidade orgânica entre o “núcleo humano”, matriz da inteligência, da fantasia, da iniciativa do trabalho como atividade significativa, e a “relação-capital” que preserva a dimensão do trabalho estranhado e os mecanismos de controle do trabalho vivo (ALVES, 2011, p. 114 – grifo do autor).

Se por um lado a categoria trabalho tem um valor heurístico importante, por outro, a categoria subjetividade também tem um valor que não pode ser desprezado. Se a categoria trabalho ajuda a compreender as determinações que estão na base da construção da objetividade social, a categoria subjetividade ajuda a esclarecer como ao se apropriar desta objetividade o homem acaba se submetendo a ela e, ao mesmo tempo, consentindo com todos os processos que participam da cooptação de sua corporalidade e também de seu psiquismo. Mas não é um consentimento que se faz sem alguma resistência (ALVES, 2011).

É importante destacar que, ao dizermos “captura” da subjetividade, colocamos “captura” entre aspas para salientar o caráter problemático da operação de captura, ou seja, captura *não* ocorre, *de fato* como o termo poderia supor. Estamos lidando com uma operação de produção de consentimento ou unidade orgânica entre pensamento e ação que *não* se desenvolve de modo perene, sem resistências e lutas cotidianas (ALVES, 2011, p. 114 – grifos do autor).

Isso quer dizer que entre a tarefa a ser executada pelo trabalhador, que compreende o que é chamado de trabalho prescrito, e a tarefa que realmente é realizada, que é conhecida como trabalho real, existe certa distância. Essa distância se estabelece por inúmeros motivos, inclusive, em função, das lutas e resistências travadas contra a captura da subjetividade. É uma luta contra a captura ao mesmo tempo em que também é uma luta para significá-la de modo que sua integridade seja preservada. E é por meio da luta pela preservação da sua integridade que se estabelece a possibilidade de transformação do trabalho em fonte de prazer.

Sendo assim, faz sentido explorar a proposta de Yves Clot, que é a da Clínica da Atividade, algo que será feito mais adiante. Murta (2008) assinala que Clot é um dos principais articuladores da perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica no cenário internacional, e a Clínica da Atividade, por ele proposta, tem como mote a compreensão do que escapa ao trabalho prescrito e ao trabalho real, pertencendo, portanto, ao terreno da subjetividade. A exploração deste terreno pode devolver ao trabalhador a capacidade de transformar as condições que no seu trabalho lhe causam constrangimento. Trata-se, então, do empoderamento do trabalhador, e esta é uma via aberta à experiência do prazer no trabalho. Portanto, a Clínica da Atividade de Yves Clot tem muito a contribuir, pois pode ajudar a compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as. Por conseguinte, a Clínica da Atividade, que será discutida em momento mais apropriado, tem valor heurístico semelhante às categorias trabalho e subjetividade.

Por ora, é importante elucidar mais detidamente a perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica e suas principais categorias conceituais. Essas categorias fornecerão referências para o entendimento de como se dá a articulação entre a objetividade social e a constituição da subjetividade, que é mediada pelo trabalho enquanto atividade transformadora do mundo e também do homem, ou seja, enquanto atividade capaz de despertar as potências adormecidas na natureza e sujeitá-las ao domínio humano (MARX, 1996a).

#### A Psicologia Sócio-Histórica

fundamenta-se no marxismo e adota o materialismo histórico e dialético como filosofia, teoria e método. Nesse sentido, concebe o homem como ativo, social e histórico; a sociedade, como produção histórica dos homens que, através do trabalho, produzem sua vida material; as ideias, como representações da realidade material; a realidade material, como fundada em contradições que se expressam nas ideias; e a história, como o movimento contraditório constante do fazer humano, no qual, a partir da base material, deve ser compreendida toda produção de ideias [...] (BOCK, 2007, p. 17-18).

Bock (2007) destaca alguns elementos importantes do universo teórico da Psicologia Sócio-Histórica. O homem é um ser ativo e social, o que significa que a

sua subjetividade não se forma apenas como um reflexo da objetividade social. O homem é também um ser histórico, o que quer dizer que ele é o artífice da sua própria história e também da história da sociedade construída por ele. Essa construção tem uma base material, mas desta base material se destacam ideias que são usadas para representá-la. Por sua vez, as ideias usadas para representarem a objetividade social dão testemunho das contradições que se desdobram dos processos que conferem materialidade à vida em sociedade. Não menos importante é destacar que, conforme Bock (2007), a história enquanto movimento, é impulsionada por essas contradições.

Com essa visão de homem da Psicologia Sócio-Histórica é negada “[...] a dicotomia objetividade-subjetividade, que passam a ser vistas numa relação de mediação, na qual um é através do outro sem, no entanto, se diluírem nem perderem sua identidade” (AGUIAR, 2007, p. 98). Tal fato se revela na teleologia do trabalho e no processo de objetivação, pois ambos têm como ponto de partida as prévias-ideações. O trabalho parte de uma prévia-ideação e a prévia-ideação se objetiva por meio do trabalho. Esta relação dialética entre prévia-ideação e sua objetivação por meio do trabalho traduz a relação entre interno e externo, em que o primeiro deve ser concebido, sempre, em sua relação com o segundo.

A compreensão do “mundo interno” exige a compreensão do “mundo externo”, pois são dois aspectos de um mesmo movimento, de um processo no qual o homem atua e constrói/modifica o mundo e este, por sua vez, propicia os elementos para a constituição psicológica do homem (BOCK, 2007, p. 22).

Deste modo, conforme Bock (2007), o conhecimento do fenômeno psicológico é o conhecimento da expressão subjetiva do mundo objetivo coletivamente construído. Esse conhecimento leva ao entendimento de como algo, que é da esfera do social, se transforma em uma produção individual. Esta forma de conceber o fenômeno psicológico retira-o do campo da abstração e do apriorismo, tratando-o, portanto, como um elemento constituído a partir de bases materiais. (BOCK, 2007). Não só o retira do campo do apriorismo como também o situa como uma atividade humana, que permite ao homem registrar e expressar a relação estabelecida com o ambiente sociocultural.

O homem se insere em um universo sociocultural e através das relações e experiências que aí mantém desenvolverá seu mundo

psicológico, ou seja, seu mundo de registros. Essa capacidade de registrar pode ser denominada capacidade psíquica. Um primeiro ponto importante deve ser demarcado: o mundo psicológico enquanto conjunto de registros se constitui a partir das relações que o homem mantém com seu mundo sociocultural. O homem está em relação com este mundo; atua interferindo (atividade) e, ao mesmo tempo, é afetado por esta realidade, constituindo seus registros. O mundo psicológico, portanto, se constitui a partir da relação do homem com o mundo objetivo, coletivo, social e cultural. Ali estão as fontes propulsoras do movimento do homem (AGUIAR, 2007, p. 96).

Aguiar (2007) chama a atenção para o fato dos registros se formarem a partir da atividade do homem no mundo. A atividade é um conceito importante para a Psicologia Sócio-Histórica que, de acordo com Sirgado (1990, p. 65), inspira-se “[...] no conceito de trabalho de Marx e Engels”. Portanto, é na e pela atividade é que se realiza a transformação do homem e do mundo (MURTA, 2008). Diferente das atividades dos animais a atividade humana é uma atividade mediatizada, pois faz uso de instrumentos materiais e psicológicos para se apropriar do mundo.

Se um homem usa um machado para derrubar uma árvore, o machado é um instrumento que vai mediar a sua relação com o mundo. Sem ele a árvore dificilmente seria derrubada. Trata-se de uma relação mediatizada. Do mesmo modo, a relação com o mundo é mediada por instrumentos psicológicos, que são utilizados para representarem o mundo material. Os instrumentos psicológicos são formados pelo sistema de signos linguísticos. Signo é tudo aquilo utilizado para representar alguma coisa. A palavra é a principal unidade dos sistemas de signos linguísticos.

Com os instrumentos psicológicos o homem controla os seus processos comportamentais, afetivos e cognitivos (MURTA, 2008).

[...] embora os instrumentos psicológicos e materiais não tenham naturezas idênticas, pertencem à mesma categoria de mediadores. Vale ainda salientar que tanto os signos quanto os instrumentos materiais são artificiais, ou seja, são criados pelo homem, estão intimamente ligados e ambos atuam na transformação do homem e do mundo (MURTA, 2008, p. 27).

É interessante a análise que Furtado (2011) faz da relação entre instrumentos materiais e psicológicos, ou da relação entre o uso dos instrumentos materiais no interior das formações primitivas, e a fixação simbólica, que resultou na origem dos instrumentos psicológicos e na capacidade de simbolização.

[...] num determinado momento da sua evolução o ser humano passou a utilizar o instrumento de forma perene, provavelmente para conseguir alimento. A manutenção do instrumento permitiu a construção correlata de uma imagem também perene do seu uso, instaurando o elemento primordial da consciência e transformando o instrumento em instrumento de trabalho. A transformação do instrumento em instrumento de trabalho significou o seu reconhecimento e a sua conceituação (consciência). A partir dessa condição, o instrumento de trabalho ganha condição simbólica e o trabalho instaura uma nova relação do ser com a natureza: a consciência da transformação da natureza em próprio benefício (FURTADO, 2011, p. 43).

O uso constante dos instrumentos materiais criou as condições que favoreceram a fixação simbólica, ou seja, as condições que resultaram na conceituação. Por sua vez, a conceituação, que produziu um sistema rudimentar de signos, permitiu que o homem fosse aumentando o seu domínio sobre a natureza e também sobre si mesmo. Estavam dadas as condições para o salto do estado de natureza para o estado de cultura, salto ontológico mediado pelo trabalho, ou na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, pela atividade do homem sobre o mundo.

Os signos são os instrumentos psicológicos por excelência. Por meio deles o homem se apropria do mundo, mas não como cópia, pois o que ele reproduz em seu interior são atividades revestidas de significados. Sendo assim, a internalização da atividade pressupõe um processo de significação. Não se trata apenas de memorização, mas da reprodução interna do mundo externo, que é, no entanto, uma reprodução significada. Nesse sentido, a consciência, outra categoria conceitual importante para a Psicologia Sócio-Histórica, é entendida como um processo que “[...] abriga o psicológico, o social transformado em psicológico. Esse processo, sempre em construção, redundando em formas de pensar, sentir e agir”. (AGUIAR, 2007, p. 102). O homem vive, portanto, um perene processo de conversão de “materialidades concretas em produções simbólicas, como é próprio de toda atividade humana” (AGUIAR, 2007, p. 103).

É notório, desta feita, que a consciência guarda estreita relação com o processo de significação.

A consciência, portanto, surgirá não só mediante a encarnação dos signos, mas também por intermédio do processo de significação, que traduz as condições de funcionamento da sociedade, suas estruturas e suas práticas sociais (AGUIAR, 2000, p. 133).

O significado internalizado permite ao sujeito conferir sentido às suas experiências. De outro modo, quando o social é convertido em psicológico, o significado, que é uma construção social, é transformado em instrumento que amplia a esfera de atuação do signo. Esta ampliação desata o signo das amarras dicionarizadas (dos significados) a ele associadas.

Portanto, a constituição da subjetividade deve ser pensada em sua relação com a atividade, com a consciência enquanto processualidade e com o processo de significação. É com estes conceitos que se pretende compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as, que é o objetivo central desta pesquisa. Em tempos de captura da subjetividade, em que corpos e psiquismo são cooptados para servirem aos propósitos do capital, espera-se que tal cooptação ocasione em sofrimento.

No entanto, nem só de sofrimento vive o trabalhador, caso contrário, o sofrimento se transformaria numa experiência terrificante e paralisadora e todo trabalho seria inviável antes mesmo da sua realização. É bom que se entenda, que nos marcos de uma sociedade marcada pela apropriação privada dos meios de produção e pela exploração do homem pelo homem, que o sofrimento é uma experiência vívida e inevitável. Mas apesar de todos os prognósticos desfavoráveis os trabalhadores continuam trabalhando, inclusive, os/as enfermeiros/as continuam trabalhando apesar de toda a precarização da saúde pública brasileira. Tal compreensão pode viabilizar o empreendimento de esforços que possibilitem ao trabalhador/a transformar o seu próprio trabalho, já que este não tem que ser somente, e necessariamente, fonte de sofrimento. O trabalho também pode ser fonte de prazer.

Por conseguinte, maiores serão as chances desses esforços serem viabilizados se o trabalho for pensado não somente como sofrimento, mas, sobretudo, como uma tentativa de viver em saúde (AMADOR; FONSECA, 2014).

Se a vida é sempre atividade de oposição à inércia e à indiferença, isso é verdade, também, no caso da vida no trabalho. Se a vida no trabalho é tentativa de viver, ela é também tentativa de nunca somente sofrê-la, ela é tentativa de fazer valer nesse meio – nesse tecido de normas antecedentes, nesse enquadramento abstrato do

trabalho –, as normas de vida originárias da própria história daqueles que trabalham, oriunda do que é para eles viver em saúde (AMADOR; FONSECA, 2014, p. 22).

Saúde, na perspectiva assinalada pelos autores, que é a da Clínica da Atividade, não compreende ausência de doença ou ainda de sofrimento. Não se trata de um simples contraponto ou oposição à experiência do sofrimento. Antes, pode dele se desdobrar como experiência de ressignificação, como atividade empreendida pelos/as trabalhadores/as para recriação do próprio trabalho. Por sua vez, a atividade compreende o esforço para afirmação da própria existência (AMADOR; FONSECA, 2014). Na e pela atividade do trabalho o/a trabalhador/a continua existindo apesar de toda reificação, reafirmando, assim, a sua subjetividade, e ele/ela assim o faz por meio do real da atividade.

O real da atividade amplia o conceito de atividade de modo que seja levado em conta não só o que se faz,

[...] mas também o que não se faz; o que não pode ser feito; o que se busca fazer, mas fracassa; o que poderia ter sido feito; o que se desejou fazer; o que se pensa ou se idealiza fazer em outra ocasião; o que se faz para não se fazer o que deve ser feito; o que se faz sem querer fazê-lo (MURTA, 2008, p. 52).

Ainda de acordo com Clot (2010, p. 226),

a atividade é aquilo também que não se pode fazer, aquilo que não se faz, que gostaríamos de ter feito, é aquilo que guardamos no estômago, é a atividade (re)engolida, impossível, as atividades suspensas, as atividades impedidas. Não foi realizado, mas faz parte da atividade. É por isso que podemos dizer que a atividade realizada não tem o monopólio do real da atividade, o real da atividade é muito mais vasto que a atividade realizada.

Aquilo que não se faz, e os motivos são os mais diversos para não fazer o que precisa ser feito, constitui o núcleo de análise da Clínica da Atividade. Toda potência para a ação e para ressignificação da ação estão encerrados naquilo que não foi feito. Por isso, a atividade não pode ser confundida com o que se faz (trabalho real). Ela não se limita à objetividade do que pode ser captado pela observação direta e nem mesmo se engessa nas prescrições do como fazer o que precisa ser feito (trabalho prescrito). Existe um mundo de possibilidades entre o



trabalho prescrito e o trabalho real. Esse mundo de possibilidades é em essência o real da atividade.

Tal conceito, de Real da Atividade, distingue-se do já definido termo pela Ergonomia, Trabalho Real. Neste, situa-se aquilo que se realiza e que se apresenta observável, enquanto o Real designa uma insistência de dimensões inobserváveis que o ultrapassam (AMADOR; FONSECA, 2014, p. 37).

Se no real da atividade estão encerradas as potências para a realização da ação e para a sua (re)significação, nele também são encontrados os motivos para não realizá-la, como também para fazer do trabalho uma atividade que ultrapasse a experiência imediata do sofrimento, que mediatizada pelo uso de instrumentos psicológicos, pode ser simbolizada e transformada em fonte de criação, assegurando, assim, a integridade psicológica e a possibilidade de viver com saúde. Portanto, o trabalho está permeado por atravessamentos da ordem do sofrimento e também do prazer. A conciliação de ambos deve ser buscada no real da atividade. Deste modo, na perspectiva da Clínica da Atividade, não muito diferente da Psicologia Sócio-Histórica, não existe oposição entre atividade e subjetividade.

A atividade não é o contrário da subjetividade. A subjetividade eu a defino claramente – claramente para mim pelo menos, isso abre muitas questões já que é difícil de fato – como uma relação entre atividades. A subjetividade é uma atividade sobre a atividade (CLOT, 2010, p. 225).

De outro modo, a subjetividade é a atividade de significação da atividade. Atividade e subjetividade formam uma unidade de contrários. Um existe através do outro, assim, como, as prévias-ideações e as objetivações. Depreende-se desta análise, que a Clínica da Atividade, com todo o seu valor heurístico, é muito mais do que uma categoria, é um modo de compreender como a subjetividade se constrói a partir da atividade e de como na atividade a subjetividade se expressa. No entanto, cabe uma pergunta: por que a insistência de se deter sobre o real da atividade? Porque nele é encontrada a potência do sujeito para a transformação do próprio trabalho. Segundo Clot (2010, p. 226), “resta buscar tudo que não foi realizado, mas que resta presente no que o sujeito continua a querer fazer, que é então a fonte do desenvolvimento”.

O real da atividade comparece, deste modo, ligado ao conceito de subjetividade. Adentrar no terreno da subjetividade requer capturar o real da atividade, constrangido, desta maneira, entre o trabalho prescrito e o trabalho real, mas que é ao mesmo tempo potência para a transformação deste último, que compreende, por sua vez, o esforço de tornar o prescrito realizável. Segundo Clot (2006), o prescrito se transforma em realizável por meio do gênero da atividade.

[...] o gênero pode definir-se como o conjunto das atividades mobilizadas por uma situação, convocadas por ela. Ele é uma sedimentação e um prolongamento das atividades conjuntas anteriores e constitui um precedente para a atividade em curso; aquilo que foi feito outrora pelas gerações de um meio dado, as verificações às quais ele procedeu, os costumes que esse conjunto enfeixa (CLOT, 2006, p. 44).

Aquilo que outrora foi feito por outras gerações dá forma ao conjunto das experiências coletivas acumuladas pelos/as trabalhadores/ras. Estas experiências constituem o gênero da atividade e são evocadas na hora em que as prescrições das atividades se confrontam com a atividade real (trabalho real). Os/as trabalhadores têm suas próprias estratégias para enfrentarem as prescrições que constroem a atividade real em toda a sua potência realizadora, pelo menos no sentido de realizar o trabalho prescrito, ainda que para isso seja necessário burlá-lo. Nesse sentido, o gênero

[...] é senão o sistema aberto das regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo. [...] Trata-se das regras de vida e de ofício destinadas a conseguir fazer o que há a fazer, maneiras de fazer na companhia dos outros, de sentir e de dizer, gestos possíveis e impossíveis dirigidos tanto aos outros como ao objeto. Trata-se por fim das ações que um meio dado nos convida a realizar e aquelas que ele designa como incongruentes ou fora de lugar; o sistema social das atividades reconhecidas ou interditas num meio profissional dado (CLOT, 2006, p. 50).

O coletivo, desta forma, lança mão de regras que só ele conhece para burlar o prescrito e transformá-lo em real. Por fim, estas regras são incorporadas à subjetividade do/a trabalhador/a dando origem ao que Clot (2006) chama de estilo pessoal. É clara a interface entre gênero e estilo.

O gênero social, ao definir as fronteiras móveis do aceitável e do inaceitável no trabalho, ao organizar o encontro do sujeito com seus limites, requer o estilo pessoal. O estilo individual torna-se por sua vez a transformação dos gêneros, por um sujeito, em recursos para agir em suas atividades reais. Em outros termos, é o movimento mediante o qual esse sujeito se liberta do curso das atividades esperadas, não as negando, mas através do desenvolvimento delas (CLOT, 2006, p. 49-50).

Cada trabalhador/a vai operar no mundo conforme o estilo desenvolvido por ele. O estilo é a forma de colocar em prática o conjunto de regras que delimitam o funcionamento do coletivo em que o/a trabalhador/a está inserido. Ele/ela assim o faz sem negar as regras, mas ao conferir-lhes uma conotação pessoal, contribui, deste modo, para que o gênero se modifique e se desenvolva. É por esta via que o gênero ganha mobilidade, deixando de ser, então, uma espécie de camisa de força que priva o/a trabalhador/a de liberdade. Se fosse diferente o gênero teria função semelhante ao do trabalho prescrito. É, portanto, em sua interface com o estilo pessoal que é ativada a potência realizadora do real da atividade. De outro modo, é por meio desta interface que a subjetividade encontra meios para se manifestar.

Por conseguinte, a Clínica da Atividade pode oferecer, junto à perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, meios para que seja possível a construção de uma compreensão sobre como os/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG articulam prazer e sofrimento no trabalho e como esta articulação se manifesta por meio da expressão de suas subjetividades.

### 2.3 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Proceder a uma análise da história da saúde pública no Brasil compreende a tarefa de empreender esforços para tentar capturar os modos de estruturação do sistema de saúde brasileiro, que são marcados por contradições, que, em última instância, refletem o processo de constituição das políticas de saúde como respostas do Estado às demandas sociais e econômicas, sobretudo, econômicas, que se produziram no seio da sociedade, a partir da entrada do país na ordem mundial do mercado capitalista. Neste sentido, as políticas de saúde ofereceram os subsídios para o fortalecimento dos modelos de desenvolvimento econômico adotados ao longo da história do país, que podem ser resumidos em três: modelo agrário-exportador, modelo desenvolvimentista e o modelo da reforma do Estado.

(PINHEIRO, 1995). De outro modo, a história das políticas de saúde é a história das formas como essas políticas estiveram subordinadas aos modelos de desenvolvimento econômicos hegemônicos nas diferentes fases históricas da saúde pública.

Será utilizado o artifício da divisão da história das políticas de saúde no Brasil em etapas. Acredita-se que tal artifício tornará a exposição mais didática. A periodização não tem a intenção de anular as contradições que se fizeram presentes ao longo da trajetória histórica das políticas de saúde brasileiras, produzindo, assim, uma perspectiva etapista e linear da história, até porque, as características que caracterizaram as políticas no campo da saúde em um determinado momento, acabam de alguma forma, sendo aprofundadas num outro momento em função das mudanças que se processaram na sociedade brasileira. Deste modo, são adotadas as seguintes etapas adaptadas de Bertolli Filho (2008): período colonial (1500-1808), primeira república (1889-1930), era Vargas (1930-1945), período democrático (1945-1964), regime militar (1964-1985), pós-constituição de 1988.

Bertolli Filho (2008) menciona que durante o período colonial, que vai do descobrimento até a fundação do império, as doenças colocaram diversos obstáculos ao projeto expansionista da Coroa Portuguesa no Brasil. Para contornar as dificuldades médicos foram enviados para cá, no entanto, raros eram os que aceitavam o convite, já que temiam os perigos que iriam enfrentar e sentiam-se desestimulados pelos baixos salários (BERTOLLI FILHO, 2008). Nota-se, então, que desde o período colonial, que as ações no campo da saúde tinham como meta remover e/ou minimizar quaisquer obstáculos com potencial de interferirem nas atividades econômicas. Essa tendência vai se consolidar com a entrada do Brasil na ordem do capital a partir da abertura dos portos brasileiros, que aconteceu em 1808, momento em que a família real portuguesa se transferiu para o país. Deste modo, o Brasil deixa de ser apenas uma colônia para se transformar em império.

A vinda da família real para o Brasil, em 1808, resultou em mudanças que alcançaram toda a administração pública, inclusive, a área da saúde. A primeira mudança visível foi a fundação das primeiras escolas de medicina, a primeira em 1813, no Rio de Janeiro, e a segunda em 1815, na Bahia. Já em 1829 foi fundada a Imperial Academia de Medicina e sua fundação ocorreu sob ordem de Dom Pedro I, que atendeu a um pedido realizado pela elite do país (BERTOLLI FILHO, 2008).

É interessante notar que a fundação da Imperial Academia de Medicina ocorreu por intermédio de um pedido realizado pela elite da nação, o que revela um dos traços que vai dar contorno às políticas de saúde no Brasil até a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), que institui um sistema de saúde público e universal. O traço aqui assinalado é o da criação de um sistema de saúde para responder aos interesses das elites, para impulsionar o modelo de desenvolvimento econômico adotado e para beneficiar algumas categorias profissionais economicamente importantes, como aconteceu, por exemplo, a partir do início do século XX com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

Vai se desenhando, desta forma, um sistema de saúde, no final do século XIX, nas décadas que antecederam a proclamação da República, em 1889, que fazia a diferenciação entre os que possuíam melhores condições econômicas e os que viviam em condições de pauperização. Os primeiros buscavam auxílio nas clínicas particulares ou mesmo na Europa e aos últimos restavam os curandeiros (BERTOLLI FILHO, 2008). Outra opção para o tratamento das doenças eram as Santas Casas de Misericórdia. Mas, como eram frutos da caridade das elites, ao invés de ser um produto da ação do poder imperial no campo da saúde pública, não contavam com condições para o atendimento dos enfermos. Deste modo, foram transformadas em depósitos de doentes, reproduzindo, assim, a lógica da exclusão social, muito semelhante à lógica que no final da Idade Média levou à segregação dos leprosos em instituições que ficaram conhecidas como leprosários. Silva (1996) lembra que para os pobres existiam duas opções: as Santas Casas e as ações voluntárias dos padres jesuítas.

Já no final do século XIX, no período da primeira república, houve uma preocupação em desenvolver algumas ações no campo da saúde pública, que estiveram voltadas exclusivamente para o controle das endemias.

A preocupação com o controle de endemias, ainda no período imperial, marca o início da institucionalização das ações de saúde no Brasil. Esta gênese vai determinar, também, as duas direções para a atuação governamental no setor. A primeira está relacionada ao desenvolvimento da saúde pública que, com um caráter mais coletivo e voltada para o tratamento das endemias, será melhor estruturada no final do séc. XIX e início do séc. XX. A segunda, permitiu a consolidação do atendimento médico individual, fortalecido com o advento do previdencialismo no país no início dos anos 20 (SILVA, 1996, p. 10).

O findar do século XIX é marcado pela transição entre o escravismo e a adoção do regime salarial capitalista. Essa transição colocou a necessidade de garantir o progresso da nação assegurando aos trabalhadores assalariados o acesso à assistência médica. Nesse sentido, a medicina cumpriu

[...] o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 12).

Dois modelos foram se firmando como pilares do sistema de saúde brasileiro: o modelo campanhista, que tinha o intento de promover a higienização dos portos – pontos importantes para o escoamento da produção agrário-exportadora –, e dos grandes centros urbanos que se formavam pelo avanço do capitalismo no país; e o modelo previdenciário que proporcionava acesso a atendimento médico individual por meio da legislação previdenciária.

[...] As oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas. Tratava-se, na verdade, de definir estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional – as cidades e os portos. [...] O meio rural seria relegado a um sombrio segundo plano, só chamando a atenção dos médicos e das autoridades quando os problemas sanitários interferiam na produção agrícola ou extrativista destinada à exportação (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 16).

A história do Jeca Tatu, criada por Monteiro Lobato, ilustra bem o privilégio concedido ao modelo de saúde baseado no campanhismo e de como este modelo foi incapaz de alcançar o/a homem/mulher do campo. O Jeca Tatu não era somente uma representação do/a caboclo/a brasileiro/a, homem/mulher do interior que não participava com o seu trabalho do crescimento geral da nação por causa da sua pobreza, desânimo e indolência. Ele traduzia as condições de saúde pública existentes no Brasil no início do século XX, que ficavam centradas nos grandes centros urbanos e não atingiam o trabalhador rural do interior do país. O Jeca Tatu era mais vítima do que culpado. Era vítima de um sistema que beneficiava as elites e subalternizava as populações mais empobrecidas, um sistema que reiterava as ações de higienização dos espaços urbanos, como se a pobreza, por si mesma,

fosse uma doença que precisasse ser erradicada a exemplo das outras doenças transmitidas por parasitas.

Por isso, o caráter higienista das campanhas sanitárias acabou ganhando ares de criminalização da pobreza. Não foi por acaso, que Oswaldo Cruz, no início do século XX, na cidade do Rio de Janeiro, mandou destruir favelas e terraplanar os morros.

[...] Os higienistas voltaram-se para os morros que circundavam o centro do Rio de Janeiro e que já abrigavam inúmeras favelas. Alegando que alguns morros dificultavam a circulação dos ares e comprometia a saúde coletiva, Oswaldo Cruz ordenou a retirada da população dessas áreas, a destruição das favelas e a terraplanagem dos morros pela prefeitura (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 25).

A mentalidade da época associava o adoecimento à pobreza, e pouco se questionava sobre a origem da pobreza, pois o que estava em jogo eram os interesses das elites e a manutenção do modelo econômico agrário-exportador. As cidades precisavam ser higienizadas, já que as epidemias de doenças chegaram a colocar em risco a economia do país, de modo, até mesmo, a evitar que as mercadorias circulassem pelos portos responsáveis pelo escoamento de toda a produção nacional. Silva et al. (2010, p. 2540), afirmam que as

[...] epidemias ameaçavam os interesses do modelo econômico agrário-exportador, pois em decorrência destas, vários navios mercantes, sob bandeiras estrangeiras, vinham deixando de fazer escala no Brasil, passando ao largo da costa brasileira e aportando diretamente na Argentina.

Enquanto o modelo campanhista se firmava, de um lado, como modelo de saúde coletiva, baseado quase que exclusivamente em campanhas pontuais voltadas para as populações mais pobres, o modelo previdenciário se firmava, por outro lado, como modelo de assistência médica individual que beneficiava os segmentos das classes trabalhadoras mais importantes para a economia nacional. Deste modo, as políticas de saúde brasileiras se desenvolvem a partir de uma estreita relação estabelecida com as políticas previdenciárias (CATÃO, 2011).

[...] As políticas de saúde, no Brasil, exteriorizam-se pelo seu vínculo com as políticas da previdência social, especialmente no que se refere à sua forma de financiamento a partir da contribuição do empregado e do empregador; portanto, em nosso país, o acesso à

assistência à saúde como um direito típico das classes assalariadas foi sempre vinculado à previdência (CATÃO, 2011, p. 173).

O autor ainda acrescenta:

Além do mais, a organização do setor de saúde, em consequência dessa relação, apresentou um processo de privatização das atividades de assistência médica que teve início com o credenciamento de serviços médicos privados pela estrutura previdenciária, tendo isso acontecido já no decênio de vinte do século passado (CATÃO, 2011, p. 173).

É bom voltar, ainda que rapidamente, o olhar para as CAPs, e também para os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), para entender a estreita vinculação entre assistência médica individual e previdência e o processo de privatização da saúde assinalado por Catão (2011). As CAPs foram instituídas pela lei nº 4.682 de janeiro de 1923, que ficou conhecida como a lei Eloy Chaves, que leva o nome do deputado que a criou. (MERCADANTE et al., 2002). As CAPs são a expressão do processo de formação sócio-histórica do Brasil. O Brasil enquanto nação foi fundado a partir de um pacto engendrado pelas elites. Não por acaso as políticas sociais, inclusive as políticas no campo da saúde, foram pensadas sem a participação da classe trabalhadora. Por isso, formou-se uma tendência de se aplicar tardiamente à realidade nacional modelos de políticas desenvolvidas em outros países (SILVA, 1996).

A criação de políticas de saúde em sua estreita relação com as políticas previdenciárias, como no caso das CAPs e, posteriormente os IAPs, é um exemplo desta tendência. Tratou-se de uma tentativa de instituir no Brasil uma espécie de Estado de Bem-Estar Social. No entanto, a realidade brasileira na primeira metade do século XX era muito distinta da realidade dos países europeus que puderam desfrutar de um Estado de Bem-Estar Social. Nesses países o Estado de Bem-Estar encontrou apoio no keynesianismo e também no fordismo. O primeiro forneceu as bases filosóficas e ideológicas para a sustentação de um Estado interventor. O último criou uma economia de mercado massificada que intensificou o consumo.

Por sua vez, a intensificação do consumo ampliou a arrecadação dos tributos utilizados na expansão das políticas sociais. De modo muito diverso o Brasil nunca chegou a desfrutar de um Estado de Bem-Estar Social, e aqui o fordismo chegou muito tardiamente, já na década de 1970, quando o mundo vivia os primeiros



impulsos da reestruturação produtiva e da adoção do toyotismo. É com a CF/88 que se desenha a partir da lei a possibilidade de implementação de um Estado de Bem-Estar, e a inserção da saúde no tripé da seguridade social fornece indícios nesse sentido. Todavia, o avanço do toyotismo e do neoliberalismo minaram todas as possibilidades de construção de um Estado de Bem-Estar social brasileiro.

Catão (2011, p. 174), assinala que

[...] as CAPs foram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tendo como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes; elas eram consideradas entidades públicas com ampla autonomia com relação ao Estado e sua administração era através de representação direta de empregados e empregadores, com uma finalidade exclusivamente assistencial, ou seja, benefícios em pecúnia e prestação de serviços.

As CAPs eram financiadas por contribuições compulsórias da parte dos trabalhadores, empregadores e Estado. Mesmo que o Estado participasse do financiamento, não cabia a ele atuar diretamente no gerenciamento das CAPs, que ficava a cargo de empregadores e trabalhadores. Como a relação entre empregadores e trabalhadores é uma expressão da relação entre capital e trabalho, os trabalhadores tinham menos poder de barganha para alargar os horizontes dos benefícios oferecidos pelas CAPs, inclusive os benefícios assistenciais no campo do atendimento médico individualizado.

Geralmente as CAPs ofereciam os serviços médicos aos seus segurados por intermédio da contratação de terceiros. Essa forma de contratação, que está na base da privatização da saúde no Brasil, se expande posteriormente no período do regime militar, incentivando, desta forma, a ampliação da rede privada de saúde e estimulando esquemas de corrupção para fraudar os preços dos procedimentos de saúde subvencionados pelo poder público. Foi assim que se estruturou um sistema de saúde que teve o hospital como principal equipamento, já que procedimentos de alta complexidade, só encontrados em hospitais, tinham custos mais elevados, o que fomentou a lógica da mercantilização da saúde e formou redes de corrupção que tinham os serviços de saúde como a principal mercadoria. Tudo isso foi colocando obstáculos para a construção de um sistema de saúde público e universal.

A partir da década de 1930, ao longo da era Vargas, as CAPs foram sendo gradualmente integradas por meio dos IAPs.

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade (MERCADANTE et al., 2002, p. 237).

Os IAPs mantiveram praticamente a mesma estrutura de funcionamento das CAPs, mas com a diferença de que o Estado passou a participar da sua administração. Além disso, houve mudanças na contribuição patronal, que passou a ser “[...] calculada com base no salário pago” (CATÃO, 2011, p. 174). Catão (2011, p. 175) assinala que houve

[...] um retrocesso dos IAPs com relação às CAPs, tendo em vista que a partir de então a contribuição dos empregadores, que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser calculada levando em consideração a sua folha de remuneração de trabalho prestado; logo, a receita dos institutos ficou diretamente vinculada aos salários.

No entanto, a convivência entre CAPs e IAPs permaneceu por algumas décadas até a unificação de todo o sistema previdenciário por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966.

No período “democrático”, entre 1945 e 1964, a oferta de serviços assistenciais no campo da saúde se constituiu como a principal preocupação do Estado brasileiro, e ela se realizou por meio das políticas previdenciárias. A expansão do modelo de assistência individualizado através das políticas previdenciárias consolida-se, deste modo, como uma tendência deste período, e um indício que aponta nesse sentido é a “[...] inserção da assistência médica individual na pauta de negociações dos principais sindicatos da época” (CATÃO, 2011, p. 176). Esta consolidação é a expressão de uma das características mais marcantes das políticas sociais brasileiras: a meritocracia. Conforme a lógica da meritocracia, os benefícios sociais deveriam ser estendidos às categorias profissionais economicamente importantes para o desenvolvimento do país (RIBEIRO et al., 2017). Ao mesmo tempo esta foi uma forma de promover uma espécie de conciliação de classes bem ao estilo do taylorismo.

Duas outras inovações deste período merecem destaque: a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU).

Enquanto a assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse serviço, criado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial (MERCADANTE et al., 2002, p. 236).

O SESP, de modo evidente, forneceu subsídios para a expansão do modelo econômico desenvolvimentista ao mesmo tempo em que foi embalado por ele. (RIBEIRO et al., 2017). O campanhismo verticalizado do SESP, sob financiamento dos Estados Unidos, por meio da Fundação Rockefeller, atuou em áreas importantes para o desenvolvimento da economia brasileira, sendo, deste modo, subserviente aos interesses econômicos e não esboçando nenhuma preocupação em estender as ações no campo da saúde aos trabalhadores que estavam fora da cobertura médica individual oferecida pelas políticas previdenciárias. Em outras palavras, a cobertura do sistema de saúde brasileiro continuava restrita e muito distante da noção de direito social. Assinala Couto (2008, p. 183), que está contida nessa noção

a ideia de que as dificuldades enfrentadas pelos homens para viver com dignidade serão assumidas coletivamente pela sociedade, com supremacia da responsabilidade do Estado, que deverá criar um sistema institucional capaz de dar conta dessas demandas.

É só com a CF/88 que a saúde pública brasileira alcançará o patamar de uma política pautada na noção de direito social, sendo o SUS a materialização desta noção, e a inserção da política de saúde no tripé da seguridade social reforça esse entendimento. Mas longo foi o caminho para que se pudesse chegar à formulação de um sistema institucional que ensejasse atender às demandas de saúde da população brasileira.

No que se refere ao SAMDU, criado em 1949, é possível assinalar, conforme Mercadante et al. (2002), três conquistas que foram incorporados ao campo da saúde coletiva: a criação do atendimento médico domiciliar, que só existia na assistência privada; o estabelecimento do financiamento compartilhado entre todos os IAPs; e a universalização do atendimento, ainda que ele se limitasse aos casos

de urgência. Mas Silva (1996, p. 28) aponta que o SAMDU só foi criado “como medida paliativa para conter os problemas criados pela persistência de formas diferenciadas de atendimento assistencial, garantidas por legislação inadequada [...]” Na prática a assistência em saúde continuava operando de forma restrita, estando, portanto, longe de universalizar o acesso aos serviços de saúde.

É neste contexto que ocorreu, em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência chegou a cogitar a proposta de criação de um sistema de saúde pautado na perspectiva do direito social, mas ela foi sepultada em 1964 com o golpe militar (CARVALHO, 2013). Sob o regime militar ocorre uma vertiginosa expansão do modelo de saúde conhecido como modelo hospitalocêntrico (MACHADO, 2012). A expansão do modelo hospitalocêntrico resultou no fortalecimento da saúde privada, que cresceu sob a subvenção do poder público, que pagava pela prestação de serviços no âmbito da rede privada por meio de convênios estabelecidos com a previdência social, que fora uniformizada pela Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, e definitivamente unificada, em 1966, pela criação do INPS.

O regime autoritário trouxe como consequência imediata para as políticas de saúde no Brasil um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência. Nesta época, a política de saúde imposta pelos militares voltou-se para a expansão de serviços médicos privados, especialmente hospitais [...] O governo passou a comprar serviços de assistência médica e as condições dos brasileiros expressas em diferentes indicadores, tornaram-se ainda mais crítica (SILVA et al., 2010, p. 2544).

Estavam postas as condições para a formação de esquemas para fraudar o INPS. O valor que este órgão repassava à rede privada era menor que o praticado no mercado. Para aumentarem a sua receita os hospitais privados privilegiaram os procedimentos de alta complexidade com ênfase nos tratamentos cirúrgicos, levando, assim, a um processo de aprofundamento da lógica de mercantilização da saúde (SILVA, 1996). Por sua vez, a ênfase na alta complexidade foi minando as possibilidades de criação de um sistema de saúde baseado na atenção primária, deixando, deste modo, um grande contingente populacional de fora da cobertura dos serviços de saúde.

Silva (1996) também assinala que foi durante o regime militar que surgiu a prática de pagar pela quantidade e não pela qualidade dos procedimentos, e esse foi um dos principais fatores que estimulou o fortalecimento da saúde privada.

Na compra de serviços privados, o custo das internações era coberto pelas chamadas Unidades de Serviços (US) que, como uma moeda própria da área assistencial, ressarcia os prestadores, remunerando a quantidade, não a qualidade dos procedimentos realizados. Dessa forma, a utilização da rede hospitalar privada, pelo setor público, tornou-se uma prática em crescente expansão (SILVA, 1996, p. 33).

Por fim,

nesse período de expansão das instituições médicas, o Estado, através das clínicas e hospitais credenciados ao sistema previdenciário, privatizou-se, produzindo matrizes identitárias que se caracterizaram pela racionalização, produtividade e participação, neste último caso, entendida como adesão, tanto da população, como dos agentes institucionais, aos planos e programas governamentais. A dicotomia cura e prevenção se consolidou a partir de um discurso estatal privatista, em que o projeto sanitário não encontrou menor repercussão em decorrência de uma assistência médica cada vez mais dominante (RENOVATO; BAGNATO, 2012, p. 80).

Com o declínio do regime militar, na passagem entre as décadas de 1970 e 1980, e o fim do milagre econômico, que foi um milagre que resultou, entre vários motivos, conforme Santos (2012), do achatamento salarial da classe trabalhadora, assistiu-se na sociedade brasileira o florescimento de diversos movimentos sociais em meio ao clima de reabertura democrática do país. O Movimento da Reforma Sanitária foi um desses movimentos. Bertolli Filho (2008) ressalta que um dos principais produtos da Reforma Sanitária foi um documento que recebeu o título de *“Pelo Direito Universal à Saúde”*. Esse documento afirmou a saúde como um direito de todos e como um dever do Estado brasileiro. Alguns anos depois algumas teses do documento, junto com outras construídas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), foram incorporadas pela assembleia constituinte ao texto da CF/88.

Mercadante et al. (2002) assinalam quais foram as principais bandeiras da Reforma Sanitária:

[...] 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE et al., 2002, p. 246).

As bandeiras da Reforma Sanitária foram legitimadas pela VIII CNS, que abriu espaço para a participação dos usuários de serviços de saúde. Segundo Mercadante et al. (2002), as sete conferências anteriores foram eventos de caráter técnico. Já “a VIII CNS não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde” (MERCADANTE et al., 2002, p. 246). Conforme Carvalho (2013), a VIII CNS contou com cerca de cinco mil pessoas de todo o país

[...] que referendaram a proposta da Reforma Sanitária. [...] A proposta da reforma sanitária, referendada pela população, por técnicos gestores foi entregue aos constituintes que absorveram grande parte das teses ao definir a Ordem Social e, dentro dela, a Seguridade Social (CARVALHO, 2013, p. 10).

Portanto, a VIII CNS, de acordo com Ribeiro et al. (2017), foi um importante marco na história da saúde pública brasileira, pois

[...] dela brotaram os princípios e diretrizes que inseriram a saúde no texto da CF/88, tornando-a um dos tripés da seguridade social brasileira, ou seja, a saúde é alçada à condição de dever do Estado e ao mesmo tempo se transforma em um direito dos cidadãos brasileiros, passando a funcionar conforme o modelo de política pública universal e não contributiva (RIBEIRO et al., 2017, p. 35).

Da incorporação da saúde à seguridade social resultou uma profunda transformação no sistema de saúde brasileiro. O SUS é a prova desta transformação e tem como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e integralidade na assistência em saúde (MERCADANTE, et al. 2002). Ele rompe com a lógica que privilegia o modelo médico-hospitalar e institui uma rede de serviços descentralizados que aproximam o poder público dos usuários do sistema, e esses serviços devem estar pautados em ações “[...] de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas” (CARVALHO, 2013, p. 11).

Promoção, proteção e recuperação compreendem respectivamente: intervir sobre as causas que provocam o adoecimento, evitando, assim, que ele aconteça; promover ações diretas, como vacinação e exames preventivos, que incidam sobre os riscos de adoecer; e tratar os doentes ou quaisquer pessoas que tenham sofrido agravos à saúde (CARVALHO, 2013). Tais ações devem estar em sintonia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Está contida na

universalidade a ideia de que a saúde é um direito de todos, o que independe de contribuições, como ocorria, por exemplo, nas CAPs e IAPs como já assinalado. Nesse sentido, a saúde se firma como direito social não contributivo.

No SUS a priorização de atendimentos está baseada em necessidades de saúde e isso é o mesmo que equidade.

Pela equidade buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal). No SUS, só se pode fazer equidade e tratar diferentemente a partir das necessidades de saúde. Priorizar atenção e tratamentos só por carências de saúde. Muitas pessoas imaginam que o SUS, possa fazer diferenças a partir do estado de pobreza das pessoas. Pensam que o SUS além de ser dos pobres pode priorizar tratamentos e medicamentos para os chamados carentes. Esse raciocínio é incorreto. Diferenças no SUS só por necessidades de saúde (CARVALHO, 2013, p. 14).

Já a integralidade diz respeito a ver o ser humano como um todo, e toda ação deve buscar agir nesse todo de forma integral.

A integralidade também pode ser vista sob dois prismas. A integralidade vertical que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos. O segundo prisma é o da integralidade horizontal onde se entende que a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde. Ver como um todo e agir nesse todo, integralmente (CARVALHO, 2013, p. 14).

Os princípios assinalados, que não são os únicos princípios do SUS, mas são os que melhor traduzem a ideia de uma saúde pública como direito, têm como seu fundamento a lei 8.080/90, que junto com a lei 8.142/90, regulamenta o funcionamento do sistema de saúde brasileiro. Existem ainda os princípios tecnogerenciais da lei 8.080:

descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade (CARVALHO, 2013, p. 15).

Um destaque para a descentralização, que é de fundamental importância para o funcionamento da nova proposta de saúde pública que se desdobra da CF/88. Através da descentralização a gestão dos serviços de saúde deixa de ser atribuição

exclusiva da união, sendo, deste modo, compartilhada com os estados e também com os municípios. Desta forma, o poder público é aproximado dos usuários, aumentando, assim, as chances de que os serviços ofertados atendam de fato às demandas da população. Além disso, por meio da participação da comunidade é possível que a sociedade exerça um controle social mais efetivo sobre as três esferas de governo. “Poder perto da necessidade do povo é mais fácil de o cidadão controlar” (CARVALHO, 2013, p. 16).

Mercadante et al. (2002) chamam a atenção para a inclusão da participação da comunidade na gestão da saúde pública como uma das mais importantes conquistas da CF/88, que é regulamentada, por sua vez, pela lei 8.142/90. Essa participação é feita por meio de mecanismos que articulam a relação entre as esferas de governo e os representantes da sociedade. Existem os “[...] fóruns exclusivos de representantes das instâncias subnacionais de governo, 'beneficiárias', por assim dizer, da descentralização” (MERCADANTE et al., 2002). Neste caso, eles são formados pelos Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A outra esfera que articula a relação entre o poder público e os representantes da sociedade

[...] são os Conselhos e as Conferências nacionais, estaduais e municipais de Saúde. Nesses colegiados a sociedade civil tem presença significativa. Nos Conselhos e Conferências de Saúde, os representantes dos usuários ocupam metade dos postos, a outra metade é formada pela representação dos provedores de serviços (governo, profissionais de saúde e setor médico-hospitalar privado) (MERCADANTE et al., 2002, p. 252).

Por último, mas não menos importantes, é bom destacar que a década de 1990 foi marcada pela edição de três Normas Operacionais Básicas (NOBs) que perseguiram a finalidade de regulamentarem o funcionamento do SUS. Segundo Catão (2011), a NOB de 1991 procurou articular as esferas municipal e federal, no entanto, os municípios acabaram assumindo a condição de prestadores de serviços. Ela foi substituída pela NOB de 1993, que restituiu aos municípios a sua centralidade na condução das políticas de saúde e descentralizou o repasse financeiro, minimizando, assim, a interferência da esfera estadual (CATÃO, 2011). Por fim, o autor assinala que o espírito reformador da década de 1990 exigiu a



substituição da NOB de 1993 pela NOB de 1996, que depois de alguns ajustes, que foram realizados em função da restrição orçamentária do Ministério da Saúde, acabou sendo implementada em 1998.

Cabe ressaltar que a NOB de 1996 foi implementada em meio aos ajustes fiscais que sustentavam a proposta do Estado reformador. Isso levou o Estado a estabelecer parcerias com a iniciativa privada, que cresceu vertiginosamente, reforçando, deste modo, o caráter dual do sistema de saúde brasileiro (CATÃO, 2011). Portanto, o cenário não é muito animador, apesar das conquistas da CF/88, pois o que se observa é a expansão do setor privado na área de saúde, o que é a expressão da hegemonia da lógica do mercado sobre a lógica da prestação de serviços públicos e universais. De outro modo, o avanço da proposta do Estado reformador, baseado, por sua vez, na concepção do Estado mínimo, tem produzido profundas repercussões sobre a saúde pública, estimulando, desta maneira, o crescimento da saúde privada, já que as restrições orçamentárias têm impedido o SUS de atender às demandas de saúde da população.

Por conseguinte, o cenário pós-constituição de 1988 tem sido marcado por contradições. A inserção da política de saúde no tripé da seguridade social assegura a existência de uma saúde universal, ou seja, de uma saúde como política que oferta serviços alcançáveis por todos, ao menos teoricamente, pois as restrições orçamentárias colocam limites para a sua universalização, fortalecendo, por outro lado, o estabelecimento de parcerias entre o poder público e a iniciativa privada, o que confere uma sobrevida à velha dualidade entre saúde pública e os serviços de saúde privados.

Carvalho (2013) prova com dados que a universalização, com a conseqüente descentralização, tem penalizado os municípios, pois é cada vez menor a participação da união no financiamento dos serviços de saúde.

[...] a participação federal no financiamento da saúde pelas três esferas de governo veio caindo e aumentando a participação de estados e municípios. Em 1980 a participação federal era de 75%, a estadual, 18%, e a municipal, de 7%. Em 1991, 73% da União, 15% dos Estados e 12% dos municípios. Em 2001 a União continua diminuindo seu gasto agora representando 56%, os Estados, 21%, e os municípios, 23%. Já em 2011, a União apenas contribuiu com 47%, os Estados, com 26%, e os municípios, com 28% (CARVALHO, 2013, p. 21).

Por último, Carvalho (2013) conclui que mesmo os governos progressistas, a exemplo de Lula e Dilma, acabaram reforçando a proposta neoliberal, tratando, desta forma, a saúde a partir da lógica da mercantilização.

Não existe milagre na saúde. A proposta dos governos progressistas dos últimos anos nada mais é que reforçar a proposta neoliberal, usando exatamente o discurso contrário, ao invés de garantir cada vez mais recursos e eficiência ao setor público. Trabalha-se em sentido contrário. A meta é diminuir a universalidade da clientela. Levar as pessoas a cada vez mais se utilizarem de planos privados de saúde pagando sobre o que já pagam. Enfiando a mão no bolso para suprir o que lhes falta e que já está garantido por impostos e contribuições (CARVALHO, 2013, p. 24).

Em meio a todas essas contradições está o/a profissional da enfermagem, que tem na saúde pública um dos mais importantes espaços sócio-ocupacionais para a sua atuação profissional. Todas essas contradições colocam obstáculos ao exercício da sua profissão. De um lado está o trabalho prescrito, como assinalado por Clot (2006), e de outro o trabalho real. O trabalho prescrito assinala para uma saúde pública e universal, mas o trabalho real está longe de concretizar o que prescreve a legislação. O trabalho real é perpassado por contradições que impedem que o trabalho prescrito se concretize. Entre o trabalho real, com todas as suas contradições, e o trabalho prescrito com suas potencialidades e engessamentos, está o real da atividade, a atividade (re)engolida que se guarda no estômago, que deveria ter sido feita, mas não foi (CLOT, 2010). É, portanto, neste interstício do real da atividade que sofrimento e prazer no trabalho são articulados, por isso um olhar sobre a trajetória histórica da saúde pública no Brasil se fez necessária, pois ela aponta para as condições de trabalho do/a enfermeiro/a no âmbito da saúde.

#### 2.4 ENFERMAGEM: BREVE HISTÓRIA DE UMA PROFISSÃO

Existem diversas formas de contar a história da Enfermagem. Há quem prefira, a exemplo de Gonçalves e Sena (1998), contar sua história por meio da história do cuidar, o que subentende que o cuidar é algo inerente à profissão. Outros preferem, como Santos (2008), lembrar algumas das principais personagens da história da profissão e enxergar nelas o pioneirismo e as contradições de suas propostas, tentando, desta forma, compreender essas propostas à luz dos contextos sócio-históricos em que foram gestadas. Existem os que, conforme Gomes et al.

(2007), dividem a história da profissão em dois períodos distintos: a pré-história da Enfermagem e a Enfermagem moderna ou profissional.

Esse estudo priorizou um caminho congruente com os seus pressupostos teóricos, que é o de tomar o trabalho como uma categoria ontológica, ou seja, como uma atividade metabólica, que conforme Marx (1996a), regula a relação do homem com a natureza, de modo que sejam produzidos os bens necessários à satisfação de suas necessidades. De acordo com Almeida e Rocha (1997, p. 18),

as necessidades ou os carecimentos humanos não são de um homem só, pois este vive, sofre, trabalha junto com outros homens, e assim também não são naturais, portanto, carecimentos sociais que, tomados como finalidades, presidem o processo de trabalho e produzem a satisfação destes carecimentos. Portanto, a geração, bem como a satisfação das necessidades por meio do trabalho, é um processo social e ao mesmo tempo histórico, porque nele se dá a produção e reprodução deste homem que é social.

Nesta perspectiva, a Enfermagem e também a sua história, são tomadas como expressão histórica do modo de organização do processo de trabalho tipicamente capitalista, o que inclui, necessariamente, o processo de trabalho em saúde, que segundo Pires (1999), tem como finalidade as ações terapêuticas de saúde, como objeto o sujeito que necessita de cuidados no tocante à sua saúde, como instrumental o conhecimento e as técnicas profissionais e como produto final a própria assistência em saúde. O esquema sugerido por Pires (1999), e que pode ser utilizado para compreender a Enfermagem e também a sua história, que respondem, por sua vez, às necessidades de um dado tempo histórico, foi adaptado de Marx (1996a), que diz: “os elementos simples do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios” (MARX, 1996a, p. 298). Considerando os elementos assinalados, Almeida e Rocha (1997, p. 18) afirmam que

os agentes do trabalho de enfermagem, assim como aqueles portadores de necessidades de saúde, se relacionam com outros homens, através de seus produtos, na divisão social do trabalho. Não é, portanto, um processo natural, bom ou mau, é necessariamente social e histórico.

Neste sentido, a inserção da Enfermagem na divisão social e técnica do trabalho responde às necessidades de reprodução do capital, e esse tipo de leitura,

que não é a única possível e não pretende alcançar a condição de verdade absoluta, está de acordo com os fundamentos teóricos da presente investigação, permitindo, deste modo, que sejam apreendidos os determinantes sócio-históricos da institucionalização da profissão enquanto trabalho. Como trabalho, a Enfermagem tem uma finalidade que inclui os cuidados com a saúde de outrem; tem um objeto, que é o homem, mas não somente o homem que padece de um algum tipo de enfermidade, mas também o homem sadio, e que exposto a certas condições expõe-se ao risco de adoecer; tem um instrumental, que é o conhecimento e as técnicas incorporadas ao repertório que constitui a expertise da profissão; e tem um produto final, que é a consolidação da assistência em saúde, que se realiza, por sua vez, a partir de uma interlocução estabelecida com outras profissões da saúde igualmente inseridas na divisão social e técnica do trabalho.

Quanto ao último aspecto do processo de trabalho, que é o da realização do produto final, traduzida na assistência em saúde, é interessante mencionar que a prática assistencial é uma prática social que se articula a outros trabalhos, que determinam, por assim dizer, a dinâmica da vida em sociedade, e que assumem os mais diferentes formatos e significações em momentos históricos distintos (PEREIRA, 2001). Tal reflexão se estende à Enfermagem, que se institucionalizou como profissão na segunda metade do século XIX, um momento marcado pela expansão da intervenção médica, que conforme Pereira (2001), respondeu às necessidades de reprodução do capital à medida em que assegurou a preservação da força de trabalho ao mesmo tempo em que manteve sob controle os riscos de contaminação da população mais rica por doenças supostamente oriundas da pobreza.

Não menos importante é destacar que este é um pensamento higienista que dá testemunho de uma sociedade que se industrializava e que por isso precisava responder às novas necessidades produzidas pela industrialização, inclusive nos aspectos ideológicos, lembrando que se tratava de uma sociedade dividida entre os que necessitavam vender a sua força de trabalho para sobreviver, e que foram vítimas dos mais diversos tipos de estigmatização social, e os que detinham a propriedade dos meios de produção, e que usavam, de todas as formas possíveis, das ideologias à sua disposição para manterem a classe trabalhadora sob o seu mais absoluto controle.

Pereira (2001) assinala que nesse contexto houve uma tentativa de sistematização do cuidado, que é um fenômeno típico do advento do capitalismo. É neste cenário, portanto, que vai emergir a Enfermagem. O corpo, que não passava de um amontoado de estruturas com suas respectivas funções, começa a ser compreendido a partir de uma nova perspectiva. Agora ele é o *lócus* da força de trabalho e o seu cuidado é uma das condições necessárias à reprodução das relações sociais de produção tipicamente capitalistas. (PEREIRA, 2001). De outro modo, a profissionalização (institucionalização) da Enfermagem ocorre em paralelo à sistematização da assistência em saúde. É tal acontecimento que permite passar à conclusão de que a institucionalização da profissão enquanto trabalho é uma resposta às necessidades da sociedade capitalista.

Portanto, é interessante destacar que a história da Enfermagem está associada à história da assistência no campo da saúde e no Brasil esta aproximação se fez de modo bastante evidente, tanto que a primeira escola de Enfermagem, fundada em 1923, e que em 1926 recebeu o nome de Escola de Enfermagem Anna Nery, ocorreu em um período em que o embrionário sistema de saúde brasileiro estava sendo gestado, dividido desde a sua concepção entre uma saúde que se estabeleceu em função de sua proximidade com as políticas previdenciárias e uma saúde baseada no modelo campanhista. A primeira, para beneficiar os trabalhadores dos setores mais estratégicos da economia brasileira, e a segunda para desenvolver ações de combate às epidemias e exclusivamente direcionadas para a população mais pobre.

Anna Nery foi uma brasileira que se candidatou a participar da Guerra do Paraguai (1865-1870) (CARDOSO; MIRANDA, 1999). Sua atuação patriótica, usada conforme Cardoso e Miranda (1999), para justificar a participação do Brasil na guerra e para fortalecer o sentimento de patriotismo, renderam-lhe diversas homenagens, e talvez a mais importante delas tenha sido atribuir o seu nome à primeira escola de Enfermagem do país. À época da fundação da escola os hospitais já começavam a despontar como a principal estrutura do incipiente sistema de saúde brasileiro. Não por acaso, a Enfermagem brasileira vai ser concebida dentro do hospital, reproduzindo, desta forma, o modelo da Escola de Florence Nightingale, que representou um marco importante na história da Enfermagem e é a partir deste marco que se estabeleceu a Enfermagem moderna. É relevante assinalar que a Enfermagem moderna nasce junto com a institucionalização dos

hospitais, que conforme Leopardi (1999, p. 13), “[...] foi uma resposta que, mais que cuidar e curar, tinha como objetivo confinar, controlar e excluir”. Leopardi (1999, p. 13) ainda acrescenta:

Fosse o que fosse, o fato é que foi necessário dar espaço para diferentes profissionais, à medida em que o médico, ao ser incorporado ao hospital, não podia dar conta de todas as tarefas. A enfermagem foi a primeira profissão, além da medicina, a ser institucionalizada, porém as características de ambas diferiam muito.

Deste modo, a Enfermagem nasce subordinada à medicina, o que é uma típica expressão da divisão social e técnica do trabalho, e se manterá estrategicamente nesta posição durante o legado de Florence Nightingale. Segundo Santos (2008), o legado de Florence é um verdadeiro “[...] rito de iniciação para o surgimento da profissão em escala mundial”. (p. 14). Quanto ao surgimento da Enfermagem, Santos (2008) faz a seguinte ressalva:

Há pontos de vista discordantes na literatura. Sustenta-se, por exemplo, que muito antes de Nightingale a enfermagem já se tornara um exercício profissional. O caso da Inglaterra seria o mais revelador, por sugerir a existência de categorias numerosas de cuidadores e cuidadoras desde muito cedo no século XX, como as atendedoras particulares para enfermos de famílias mais abastadas e os auxiliares (quase sempre homens) de médicos em hospitais, que ajudavam com curativos, sangrias e banhos, no preparo e administração de poções, na aplicação de ventosas etc. (p. 14).

Mesmo que existam dúvidas a respeito da profissionalização da Enfermagem no período anterior ao de Nightingale, o que é notável é que Florence, ao final do século XIX, na Inglaterra, deu passos importantes na tentativa de sistematização da assistência em Enfermagem. Em certa medida, a fundadora da Enfermagem moderna conseguiu capturar o espírito de sua época, que sob a vertiginosa expansão do modo de produção capitalista, teve como preocupação central a otimização do processo produtivo em todos os seus aspectos, e a sistematização da assistência em saúde não saiu incólume a esse processo. Florence transplantou para os cuidados em Enfermagem, principalmente no tocante à assistência hospitalar, o espírito racionalizador que marcou a Revolução Industrial e a consolidação do capitalismo. Portanto, é neste exato sentido que a Enfermagem praticada por ela pode ser tomada como o marco da Enfermagem moderna.

Na Guerra da Crimeia Florence colocou em prática o que ela entendia como sendo uma boa Enfermagem,

preocupando-se com a alimentação adequada dos doentes, a limpeza e ventilação do ambiente, troca de roupas de cama, a separação entre doentes e feridos, a higiene dos pacientes, sua privacidade e lazer, enfim, com a implantação da ordem no hospital em seus mínimos detalhes (KRUSE, 2006, p. 405).

Florence também se preocupou com a administração e custos de operação do hospital e, por isso, foi indicada como superintendente de Enfermagem do Exército Inglês. Também se destacou por ter conseguido reduzir o índice de mortalidade dos soldados feridos durante a guerra. “Nessa ocasião, estabelecendo melhores condições sanitárias e de tratamento dos feridos, conseguiu reduzir de 47,2% para 2,2% a taxa de mortalidade entre os soldados, num período de apenas seis meses” (GOMES et al., 2007, p. 110). Mas tal feito só foi alcançado em função da “[...] sua preocupação em organizar e manter registros para documentar o que ocorresse com a vida dos soldados” (KRUSE, 2006, p. 406). É essa preocupação que distancia a Enfermagem de Nightingale da enfermagem empírica praticada anteriormente.

Mas seus feitos não pararam por aí. Florence também foi reconhecida pela sua engenhosidade na administração de hospitais, sugerindo reformas e defendendo uma postura de que “[...] simples melhoria de construção e manutenção física poderia diminuir as taxas de mortalidade” (GOMES et al., 2007, p. 110). Florence atuava tendo como base alguns procedimentos e, entre eles, destacava-se a eliminação de fatores negativos, que englobavam desde problemas com a circulação do ar até o transporte de roupas, o que contribuiu para que o hospital fosse transformado em um lugar de cura. (KRUSE, 2006). Tratava-se da lógica do disciplinamento, que buscou legitimar o poder da hierarquia hospitalar, incutindo, deste modo, nos agentes responsáveis pelos cuidados dos enfermos um senso de disciplina (VIANA, 2005).

Uma nota se faz importante no sentido de recuperar alguns elementos já assinalados, mas que precisam ser retomados em função de estabelecerem de modo evidente a relação entre a consolidação do modo de produção capitalista e a institucionalização dos hospitais e também da Enfermagem, enquanto trabalho. A consolidação do capitalismo, principalmente a partir da Revolução Industrial, colocou

a necessidade da generalização do saber médico, cuja finalidade era oferecer o aporte para a nova sociedade nascente e que tinha na exploração da força de trabalho o seu principal pilar de sustentação. Nesse contexto, os cuidados com a saúde se generalizam para o disciplinamento dos corpos dos trabalhadores. O cenário dos cuidados é o hospital. Não por acaso que a Enfermagem moderna vai emergir nesse cenário, se efetivando, portanto, por meio dos cuidados dos corpos dos enfermos durante a Guerra da Crimeia.

Como o sistema de cuidados dos corpos dos soldados, que fora criado por Florence, mostrou-se eficaz na queda da mortalidade dos feridos em batalhas, ele acabou sendo posteriormente aplicado aos cuidados dos trabalhadores, que compunham no auge da Revolução Industrial a força motriz do modo de produção capitalista. É por esta via, portanto, que os métodos de Florence chegaram aos hospitais ingleses, o que tornou possível o encontro entre a Enfermagem e o saber médico.

Com o seu livro "*Notes of nursing*", lançado em 1859, Florence tentou definir o que era a Enfermagem, distanciando-a, desta forma, do saber médico, ainda que reconhecesse a sua submissão com relação a esse saber por motivos profissionais (GOMES et al., 2007). De outro modo, manter a submissão com relação ao saber médico ajudou a dar legitimidade à Enfermagem, pois a medicina gozava de reconhecimento científico e também social. Nos hospitais do fim do século XIX existiam muitos cuidadores que não gozavam de nenhum reconhecimento profissional. Vincular a enfermagem ao saber médico foi uma forma de assegurar um espaço profissional para uma profissão que se institucionalizava. Posteriormente a inserção da Enfermagem no ensino superior vai consolidá-la como uma profissão como qualquer outra profissão no campo da saúde.

Todavia, reconhecer a subserviência da Enfermagem com relação ao saber médico somente como uma questão profissional é simplificar demais a relação de poder estabelecida entre Enfermagem e Medicina. Essa subserviência reflete, em certa medida, a submissão do feminino à hegemonia do patriarcado. De um lado estava o saber médico, uma profissão exclusivamente de homens, e de outro a Enfermagem, uma profissão que se institucionalizava como exclusivamente feminina. Não é por mera casualidade que a Enfermagem vai se tornar ao longo da sua história uma profissão com forte representação feminina, pois conforme a cultura



do patriarcado cabe às mulheres os cuidados domésticos e também os cuidados com os doentes (GONÇALVES; SENA, 1998). Leopardi (1999, p. 13) assinala que

[...] a ampliação das oportunidades no mercado de trabalho para mulheres nas áreas de ciências humanas e sociais e nas ciências da saúde abriu espaço para que a enfermagem se institucionalizasse, assumindo a organização da assistência e atividades de higiene e conforto, porque a tecnologia era simplificada e havia espaço para novas especialidades que assumissem as tarefas anteriormente executadas pelos religiosos ou pelos familiares.

Por fim, os feitos de Florence renderam-lhe diversas condecorações. Ela recebeu, inclusive, do governo inglês, após a Guerra da Crimeia, uma quantia de 40 mil libras que foram empregadas na construção de uma escola de Enfermagem fundada em 1860, junto ao Hospital St. Thomas, em Londres. A escola de Florence adotou um rigoroso sistema de seleção. Entre os critérios de seleção estava o status social das moças candidatas à formação em Enfermagem, que foram aplicados posteriormente no Brasil pelas enfermeiras norte-americanas no segundo decênio do século XX. Eram todas moças de “boa família” e também de “boa índole”, afinal elas deveriam servir de exemplo para as camadas mais pobres da população que padeciam com as enfermidades. Revela-se, deste modo, uma concepção de doença como algo que está associado à pobreza. Nesta concepção a pobreza produz condições sanitárias que levam à enfermidade.

Não menos importante é salientar que a Enfermagem como uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, inevitavelmente, vai sofrer os reveses desta inserção, reproduzindo as relações sociais de produção vigentes na sociedade capitalista do século XIX. Por isso, a profissão precisa fazer a autocrítica e voltar-se para a sua própria história, caso contrário, corre o risco de reproduzir os erros do passado, assumindo, assim, uma postura de completa submissão ao capital, o que em última instância romperia com os ideais da assistência humanizada em Enfermagem. E é bom lembrar que o capital não conhece a humanização, pois é próprio da sua essência reificar e objetivar as relações sociais para submetê-las à lógica da mercantilização.

A Enfermagem de Florence reproduziu de tal modo as relações sociais de produção vigentes na segunda metade do século XIX, marcadas, acima de tudo,

pela divisão social e técnica do trabalho, que surgiram duas categorias de enfermeiras: as “Nurses” e as “Lady Nurses”.

O cuidado de enfermagem no âmbito do hospital, nos moldes do sistema nightingaleano foi dividido entre duas categorias: "Nurses" e "Lady Nurses". As primeiras, oriundas do proletariado, responsáveis pelos serviços usuais, e as segundas, oriundas da burguesia ou da aristocracia inglesa, exerciam atividades de administração, supervisão e ensino (GONÇAVES; SENA, 1998, p. 4).

É evidente, portanto, que a divisão do trabalho no interior da Enfermagem acabou reproduzindo o modo de estruturação da sociedade capitalista.

O sistema nightingaleano, como esteve desde o princípio associado às redes de hospitais, não encontrou dificuldades para se expandir. Logo chegou ao novo mundo e a partir daí foi difundido para toda a América Latina por meio das enfermeiras norte-americanas. Neste momento, no início do século XX, a atenção será voltada para os aspectos técnicos do cuidado. No Brasil, as pioneiras norte-americanas difundiram o modelo nightingaleano sob os auspícios da Fundação Rockefeller.

A Fundação Rockefeller teve papel decisivo na implantação da enfermagem moderna no Brasil, o que se concretizaria através da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, também conhecida como “missão Parsons”, chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, composta por enfermeiras que eram símbolos da mulher americana (KRUSE, 2006, p. 404).

O modelo de educação utilizado pelas enfermeiras norte-americanas reflete as iniciativas no campo da educação em saúde desenvolvidas em território nacional, que faziam uso de panfletagem para tentar conscientizar a população sobre as epidemias de doenças transmissíveis, ainda que a maior parte, como salienta Silva et al. (2010), cerca de 70% das pessoas, fosse formada por analfabetos. Era um modelo verticalizado de educação em que o ato educativo é a expressão de uma relação de poder em que o saber é um privilégio de poucos. De acordo com Moreira (1998), para as enfermeiras norte-americanas o sentido de educação se aproximava muito mais ao de instrução do que ao de exercício da reflexão crítica.

As enfermeiras norte-americanas, pioneiras na difusão da Enfermagem no Brasil, tinham como propósito servir a todos, o que pode parecer bastante altruísta. No entanto, o que era reproduzido no discurso não se verificava na prática, pois os

critérios de seleção de ingressantes nos cursos de Enfermagem privilegiavam as “moças de boa família”, o que refletia um ideal de sociedade em que as classes dominantes serviam de exemplo para as classes subalternas, como já salientado. Em certa medida, as enfermeiras norte-americanas se comportavam como se fossem agentes civilizadoras que deveriam difundir entre os povos mais “atrasados”, a exemplo do Brasil, um saber que elevaria os padrões civilizacionais do país (KRUSE, 2006).

Tendo recebido a influência das pioneiras norte-americanas, que foram, por sua vez, influenciadas pela Escola de Nightingale, a Enfermagem brasileira nasce tendo o hospital como instituição responsável por sua gestação. Kruse (2006) dá um destaque especial a essa questão para contrapor a visão de que a Enfermagem brasileira teria surgido para dar suporte às iniciativas no campo da saúde coletiva.

Um dos destaques que gostaria de fazer sobre a formação da enfermeira brasileira, nas primeiras décadas do século XX, é que esta se deu, principalmente, nas instituições hospitalares, em oposição aos discursos que circulam hoje de que a enfermagem brasileira surgiu “sob a égide da saúde pública”. Esta versão, a de que a enfermagem brasileira iniciou por uma necessidade de atenção à saúde pública, tem sido questionada, ultimamente (KRUSE, 2006, p. 407).

Kruse (2006) acrescenta:

Estas afirmações estão apoiadas nos registros históricos da Escola Anna Nery e reforçam a interpretação de que a enfermagem brasileira, mesmo tendo sido organizada para atender às necessidades da saúde pública, de acordo com as versões históricas que hoje circulam, foi profundamente influenciada pelo modelo anglo-americano, caracterizado pelo estudo sistemático das doenças e o consequente cuidado ao doente, e, portanto, centrada no ambiente hospitalar (p. 407).

As ponderações apresentadas por Kruse estão em consonância com os apontamentos feitos por Catão (2011) e que já foram assinalados: observa-se desde muito cedo, já na década de 1920, um franco processo de privatização da saúde por meio da aproximação entre as políticas de saúde e as políticas previdenciárias. Por sua vez, o processo de privatização da saúde resultou na expansão do modelo hospitalocêntrico.

Como a gestação da Enfermagem brasileira se deu no contexto do hospital, acabou sendo forjada uma Enfermagem focada nos cuidados voltados para a cura,

gerando, desta maneira, modelos de atenção à saúde que não eram pautados na humanização. Sobretudo, a escala de trabalho, que dificultava a individualização do cuidado, tinha inspirações de origem taylorista, valorizando, assim, muito mais a adequada divisão das tarefas do que quaisquer outros aspectos dos cuidados em saúde.

A escala funcional de trabalho era preconizada, sua operacionalização dificultava e, em alguns casos, até impossibilitava a individualização do cuidado. O uso dessa modalidade de escala requeria que cada funcionário(a) executasse um tipo de tarefa. Assim, enquanto um(a) verificava os sinais vitais de todos(as) os(as) pacientes, outro(a) administrava os medicamentos. Essa prática ocasionava uma percepção segmentada e dificultava o estabelecimento de uma relação de confiança entre paciente e profissional de Enfermagem (GOMES et al., 2007, p. 112).

Uma escala segmentada e não pautada no cuidado integral, voltada muito mais para a divisão das tarefas do que para a individualização do cuidado, é a expressão da preocupação com os aspectos técnicos do cuidar. Por conseguinte, a incorporação do espírito tecnicista ao arsenal da profissão dá testemunho da inserção da Enfermagem na divisão social e técnica do trabalho, que é evidenciada por meio da racionalização do processo de trabalho, atrelada, por sua vez, a uma visão de homem *esquartejado* pelo saber médico.

Outra expressão da preocupação com os aspectos técnicos do cuidar, já em terras brasileiras, é a criação da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), que teve a sua primeira edição circulada em 1932 (KRUSE, 2006). O objetivo da revista foi o de disseminar as técnicas de Enfermagem, ou seja, o como fazer, e fortalecer a imagem da profissão no Brasil.

Na REBEn, se encontram as vozes que estão autorizadas a falar pela enfermagem. Aí está quem pode praticar o discurso válido sobre a profissão, dizer o que é verdadeiro. Aí estão os discursos possíveis, isto é, aqueles que estabelecem o que pode ser pensado, escrito e dito sobre a enfermagem. Aí aparecem determinados discursos e não aparecem outros, vistos como sem autoridade e que, portanto, devem ser marginalizados e excluídos (KRUSE, 2006, p. 408).

Portanto, a REBEn se institui como o discurso oficial da Enfermagem brasileira, se transformando, desta feita, na porta-voz do como fazer e, por isso,

ganhou notoriedade, parando de circular apenas entre os anos de 1941 e 1946 devido a Segunda Guerra Mundial, que acabou elevando os custos do papel.

Mais adiante, na década de 1950, nos Estados Unidos, é realizada uma das primeiras tentativas de sistematização dos princípios científicos de enfermagem, que culminou no livro “Princípios científicos de enfermagem”, que só foi publicado no Brasil em 1965, período em que o país vivenciava as transformações produzidas pelo desenvolvimentismo (KRUSE, 2006). De certo modo, o livro conferiu ao trabalho em Enfermagem o tecnicismo exigido pelo contexto do desenvolvimentismo. No entanto, este é um momento em que a Enfermagem se aproxima de outros campos do saber de modo a fortalecer a sua dimensão técnico-operativa, ao passo, que, em paralelo, despontava a preocupação com a sedimentação do estatuto epistemológico da profissão.

Um dos sinais mais visíveis desta aproximação foi a incorporação de conhecimentos advindos dos campos da “[...] anatomia, fisiologia, microbiologia, física e química [...]” (GOMES et al., 2007, p. 112), que foram utilizados para explicar o porquê de cada procedimento adotado. No Brasil, é observada a ampliação de vagas no ensino superior para a formação em Enfermagem. “A instalação da medicina previdenciária (como diretriz política) estabeleceu uma demanda efetiva para o setor saúde e, nesse sentido, as possibilidades de postos de trabalho aumentaram” (PEREIRA et al., 2009, p. 773). É perceptível, portanto, que a Enfermagem brasileira ainda se encontrava fortemente atrelada ao hospital enquanto equipamento central do sistema de saúde brasileiro.

Apesar da centralidade do hospital podem ser verificados alguns avanços. Um deles é o desenvolvimento de trabalho com grupos, o que aponta para uma tentativa de superação do trabalho parcelado de inspiração taylorista, e o outro é deslocamento do olhar, antes depositado sobre a tarefa, para o paciente. (GOMES et al., 2007). No entanto, o trabalho com grupos e a superação da fragmentação está por ser realizada, pois o que ainda se observa é que

o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias (PIRES, 1999, p. 35).

Pires (1999) é enfática ao afirmar, com relação ao trabalho em grupo, que este ocorre pela via da subordinação dos demais profissionais da saúde ao saber do

médico, rompendo, assim, com uma visão romantizada, tal como a de Gomes et al. (2007) que apontam que a Enfermagem seria capaz de ampliar a sua presença nos diversos espaços institucionais ao produzir as suas próprias teorias. Esta visão parece ingênua, e ainda que ela considere a importância da interdisciplinaridade, que é o que fazem Gomes et. al. (2007), ela subestima a inserção da profissão na divisão social e técnica do trabalho ou simplesmente ignora, propositalmente ou não, que a ciência não é neutra, ou seja, o saber que ela produz tem um propósito, que é o de atender às necessidades produzidas pela reprodução das relações sociais de produção.

A análise que Pereira et. al. (2009) fazem da realidade brasileira, nas décadas de 1970 e 1980, coaduna com a reflexão de Pires (1999) sobre a subordinação da Enfermagem com relação ao saber médico.

Nas décadas de 70 e 80 os enfermeiros realizavam atividades mais voltadas para a supervisão, administração e controle. No plano assistencial o trabalho de enfermagem, se dá de forma a subsidiar a atenção médica. Isso se relaciona a divisão técnica e social do trabalho cabendo a esse agente o fazer intelectual e aos demais trabalhadores os fazeres técnico e de assistência direta (PEREIRA et al., 2009, p. 773).

Verifica-se, neste contexto, no panorama da Enfermagem em todo o mundo o empreendimento de esforços para transformar a profissão em uma ciência que gozasse de reconhecimento. Para tanto, diversos autores e autoras, percebendo que no campo do fazer científico, a Enfermagem ainda era dependente de outros saberes, propuseram diversas teorias na tentativa de consolidar o seu estatuto epistemológico. Oliveira; Paula e Freitas (2007) citam algumas das teorias mais importantes: a teoria do relacionamento interpessoal de Hildegard E. Peplau, a teoria do *déficit* de autocuidado de Dorothea Orem, a teoria humanística e humanitária de Martha Elizabeth Rogers, a teoria da Enfermagem transcultural de Madeleine M. Leininger e a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.

É interessante assinalar alguns dos aspectos centrais dessas teorias, lembrando que esses aspectos estão bem descritos em Oliveira; Paula e Freitas (2007). Portanto, todas as observações quanto às teorias remetem aos autores mencionados.

A teoria do relacionamento interpessoal de Hildegard E. Peplau afirma que o relacionamento interpessoal é a base da confiança que precisa ser estabelecida

entre o/a profissional da Enfermagem e o paciente. Por sua vez, a confiança é a mediação que torna possível a identificação dos problemas que demandam soluções. Desta perspectiva, a relação interpessoal acaba tendo um papel importante no processo terapêutico.

A teoria do *déficit* de autocuidado de Dorothea Orem parte do entendimento de que há momentos na vida em que o indivíduo não é capaz de prover autocuidado pra si mesmo. O papel da Enfermagem seria, então, o de fornecer ao indivíduo a assistência que ele necessita, mas com a finalidade de ajudá-lo a cuidar de si mesmo. O foco é o autocuidado.

A assistência de um profissional de enfermagem é necessária quando o paciente está incapacitado de atender às próprias necessidades biológicas, psicológicas, de desenvolvimento e sociais. Cabe ao profissional determinar se o paciente está impossibilitado de atender a essas necessidades, o que deve ser feito para reverter essa situação e avaliar até que ponto o paciente consegue realizar o autocuidado (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007, p. 131).

Para a teoria humanística e humanitária de Rogers não importa o local em que os cuidados são realizados, se é em casa, no trabalho, no hospital, no centro de saúde; a condição econômica do indivíduo, se é rico ou pobre; ou mesmo a faixa etária, ou seja, se é jovem, adulto ou idoso; pois o que está em jogo é o bem-estar do paciente. É daí que advém a denominação humanística e humanitária, pois o foco é sempre o bem-estar do paciente acima de qualquer coisa.

Já de acordo com a teoria da enfermagem transcultural de Leininger, a Enfermagem deve estar atenta ao contexto saúde-doença do paciente e também aos seus valores culturais, pois dependendo da cultura o indivíduo pode ter uma forma de reagir ao seu estado geral de saúde de um modo diferente. Também pautada em valores humanísticos, a teoria do cuidado transpessoal de Watson entende que a Enfermagem deve combinar cientificidade e humanismo. Essa combinação ajudará o profissional a desenvolver senso crítico, fazendo-o atuar de modo a privilegiar mais a promoção da saúde do que a cura das enfermidades.

O período do florescimento das teorias de Enfermagem coincide com o período da reabertura democrática do Brasil. Como já assinalado, trata-se de um momento em que se vê a emergência do movimento da Reforma Sanitária, que por fim acabou resultando na integração da saúde no tripé da seguridade social e em seu reconhecimento como direito do cidadão e dever do Estado brasileiro. Neste

contexto, a Enfermagem no Brasil se expandiu como consequência de uma ambulatorização do trabalho em saúde no país (PEREIRA et al., 2009).

A atenção primária surge, desta forma, como um dos principais espaços sócio-ocupacionais para a Enfermagem no Brasil. Pereira et al. (2009, p. 774) afirmam que a atenção primária

[...] se caracteriza por ações individuais e coletivas desenvolvidas articuladamente com uma prática gerencial participativa e democrática, com o enfoque no trabalho de equipe, considerando o contexto onde as populações vivem.

A atuação na atenção primária coloca desafios ao trabalho do/a profissional da Enfermagem, pois a ele/ela cabe promover a mediação entre a população e os serviços de saúde, mas de uma perspectiva diferenciada daquela que foi adotada enquanto a profissão se manteve ligada à rede hospitalar. Agora é necessário empoderar o usuário, ao passo, que em função da precarização do sistema de saúde no Brasil, o/a enfermeiro/a vem perdendo o seu poder, não porque lhe faltam instrumentais técnicos e um saber operativo, mas porque a precarização do seu trabalho, que esta pesquisa assume tacitamente como fonte de sofrimento, coloca dificuldades para o cumprimento do que estabelece toda a legislação do SUS.

De um lado está a legislação, que compreende o trabalho prescrito, ou seja, as condições ideais de trabalho e que são de conhecimento do/a enfermeiro/a, e de outro está o trabalho real, aquilo que pode ser feito dadas as condições reais de trabalho. Entre ambos está o real da atividade, o que não foi feito, o potencial para ação e transformação do próprio trabalho. No real da atividade estão as defesas contra o sofrimento no trabalho, mas também as fontes do trabalho como atividade capaz de produzir prazer. Existem, então, no mínimo dois desafios. Um deles passa pela capacidade de identificação do real da atividade como defesa e como potencial para transformação. Provavelmente os/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária no município de Formiga/MG se defendem dos aspectos do trabalho que ocasionam em sofrimento ao mesmo tempo em que se sentem inclinados a transformá-los, o que certamente os desafia cotidianamente para encararem os seus trabalhos. Aí reside o real da atividade.

O outro desafio, relacionado aos aspectos objetivos do trabalho, é a superação de uma visão enraizada na profissão: a cisão entre o individual e o coletivo.



A cisão entre atenção individual curativa tendo o hospital como principal cenário precisa ser revisitada. Ainda, as práticas preventivas de caráter coletivo até então presentes nas práticas de saúde pública também precisam ser repensadas. Um grande desafio, portanto, é romper com as dicotomias construídas social e historicamente: curativo e preventivo, hospital e saúde pública, cuidar e gerenciar, ensinar e fazer, pesquisar e ensinar, universidade e serviço, teoria e prática, dentre outras (PEREIRA et al., 2009, p. 775).

A cisão entre o individual e o coletivo constitui-se como memória da profissão e das políticas de saúde no país. Portanto, faz parte do cenário que compõe o cotidiano do trabalho do/a enfermeiro/a e é neste cenário que se desenrolam o trabalho prescrito, o trabalho real e o real da atividade. Estes três elementos fundantes da Clínica da Atividade perpassam e são perpassados por uma memória cindida entre o individual e o coletivo, por isso precisam ser apreendidos na relação dialética que estabelecem com esta memória. É por meio desta apreensão que será possível construir um entendimento de como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as.

## 2.5 SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO DO/A ENFERMEIRO/A

Já foi assinalado que a história da saúde no Brasil esteve e ainda está dividida entre o individual e o coletivo e que o modelo de saúde adotado no país se centrou no hospital enquanto principal equipamento do sistema de saúde brasileiro. A Enfermagem enquanto profissão, inserida na divisão social e técnica do trabalho, sofreu e ainda vem sofrendo os reflexos do modo como o sistema de saúde brasileiro se estruturou. E mesmo com a criação e implementação do SUS ainda existem fortes resquícios de uma Enfermagem centrada no hospital. Isso aponta para algo importante: os ganhos democráticos de um sistema de saúde pautado na universalização do acesso aos serviços de saúde estão por se concretizarem e o/a profissional da Enfermagem tem um papel muito importante neste processo, já que o novo modelo requer um modo de pensar a assistência no campo da saúde pautada não somente na cura, mas que envolva ainda a prevenção e também a promoção.

Ao que tudo indica, pelo menos é o que apontam os estudos que tomam o sofrimento do/a profissional da Enfermagem como objeto de investigação, que o hospital ainda tem grande importância na oferta dos serviços de saúde no Brasil, o que contraria a lógica de um modelo de saúde, que ao menos em tese, deveria privilegiar mais a prevenção e a promoção do que o restabelecimento da saúde. Um indicativo importante nesse sentido é que existem mais estudos sobre a saúde dos/as enfermeiros/as no âmbito dos hospitais do que no âmbito da atenção primária. Conforme David et al. (2009) essa situação reflete a velha dicotomia entre saúde curativa de caráter individual e saúde assistencial de caráter coletivo. De acordo com os autores, na atenção primária

[...] as análises com foco na saúde do trabalhador são escassas em comparação com o ambiente hospitalar, exprimindo a persistente dicotomia entre as ações de cunho assistencial-curativas, e as de promoção da saúde e controle de riscos, referidas, respectivamente, ao hospital e às UB (DAVID et al., 2009, p. 207).

Os achados das autoras são confirmados pela revisão integrativa realizada por Schmoeller et al. (2011) e que teve como objetivo fazer um levantamento de estudos sobre as cargas de trabalho no exercício de profissionais da Enfermagem. A revisão ocorreu entre março e agosto de 2010 e para a sua realização foram consultados diversos bancos de dados:

[...] portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) incluindo as fontes de informações: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Cochrane, e a consulta ao Banco Digital de Teses (BDTD) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) [...] (SCHMOELLER et al., 2011, p. 369 – Grifos das autoras).

Secco et al. (2010, p. 3), afirmam que

cargas de trabalho são definidas como os elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos que se manifestam como desgastes físicos e psíquicos potenciais ou efetivamente apresentados.

Depreende-se daí que os trabalhos sobre cargas de trabalho têm como foco o sofrimento no trabalho. Da revisão realizada por Schmoeller et al. (2011), que recortou um período de dez anos, retornaram 132 (cento e trinta e duas) publicações. Ao final, apenas 27 publicações atenderam aos critérios utilizados pelas autoras para a seleção dos estudos sobre cargas de trabalho. Os resultados são no mínimo impressionantes:

Como campo de coleta de dados, 22 pesquisas (81,48%) foram realizadas no ambiente hospitalar, sendo que, dentre estas, cinco (22,72%) foram em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Outros campos de investigação foram: Estratégia de Saúde de Família (ESF), com três estudos (11%); um estudo (3,70%) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); uma investigação (3,70%) não especificou o campo (SCHMOELLER et al., 2011, p. 373).

É importante chamar a atenção para duas questões. A primeira: o sofrimento é uma experiência vívida e presente no trabalho dos/as profissionais da Enfermagem e que esta temática vem chamando a atenção dos pesquisadores em função da contradição que ela acaba expressando. Trata-se do fato de que os profissionais da saúde estão adoecendo, logo eles que são responsáveis pelos cuidados dos outros, em especial a Enfermagem, que é uma profissão historicamente marcada pelo cuidado. Outra contradição é que o hospital ainda é uma referência importante no sistema de saúde brasileiro, o que em certa medida demonstra que o modelo curativo se sobrepõe à prevenção e à promoção em saúde.

Todavia, ainda que os estudos estejam centrados nos hospitais, algo precisa ser colocado em evidência: a importância de se estudar a relação entre o sofrimento e o trabalho dos/as profissionais da Enfermagem, sobretudo, a realização deste tipo de estudo pode resultar na valorização da profissão, pelo menos é o que assinala Schmoeller et al. (2011, p. 369): “O processo de trabalho de enfermagem é parte do processo de trabalho em saúde e requer estudos, ações e formulação de estratégias com vistas à realização de cuidados seguros e à valorização profissional”.

Kessler e Krug (2012, p. 50) também afirmam algo nesse sentido: “Acredita-se, que conhecer as situações de satisfação e insatisfação no trabalho dessa categoria profissional, pode contribuir, em parte, para a luta por melhorias na qualidade de vida e de trabalho desses trabalhadores”. Kessler e Krug (2012) chamam a atenção não somente para a experiência do sofrimento, pois as autoras apontam para a importância de se considerar a dimensão da satisfação, ou de outro

modo, a dimensão do prazer no trabalho. Entende-se, portanto, que o trabalho também pode proporcionar prazer. O trabalho

apresenta-se como fonte de prazer quando permite o desenvolvimento das potencialidades humanas, libera o trabalhador para criar e executar o próprio trabalho, favorecendo os laços cognitivos/técnicos com o resultado de sua atividade laboral, levando-o à sua satisfação, à conscientização de seu papel não só para a organização na qual trabalha, mas, também, para a sociedade em que está inserido (GOMES; FILHO; ERDMANN, 2006, p. 93).

Mas quando o trabalho é tratado apenas como uma mercadoria pode, então, ocasionar em sofrimento (GOMES; FILHO; ERDMANN, 2006), pois perpetua a reificação e o sentimento de estranhamento. De outro modo, o trabalho quando tratado apenas como mercadoria leva à captura da subjetividade, que é a expressão do desenvolvimento da nova materialidade do capital (ANTUNES; ALVES, 2004). Tais condições conferem legitimidade à pergunta feita por Secco et al. (2010, p. 15): “quem cuida de quem cuida?”.

Os dados sobre o sofrimento no trabalho do/a enfermeiro/a são suficientemente relevantes e demonstram que quem cuida também precisa de cuidados. Elias e Navarro (2006) fazem uma análise interessante demonstrando que geralmente os conflitos no trabalho dos/as profissionais da Enfermagem se originam da incompatibilidade dos valores historicamente associados à profissão, tais como obediência e dedicação, com as demandas do mercado de trabalho capitalista. No espaço socio-ocupacional do hospital essa incompatibilidade se faz bastante evidente, principalmente em função do ritmo de trabalho e da intensificação laboral, que são características bastante marcantes das instituições hospitalares.

As condições de trabalho da equipe de enfermagem, principalmente nos hospitais, têm sido consideradas impróprias no que concerne às especificidades do ambiente gerador de riscos à saúde. A remuneração inadequada, a acumulação de escalas de serviço, o aumento da jornada de trabalho, as características tensiógenas dos serviços de saúde (tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco quanto pela divisão social do trabalho), a hierarquia presente na equipe de saúde e o desprestígio social, entre outros fatores, associam-se às condições de trabalho da equipe de enfermagem e refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário e no sofrimento psíquico dos profissionais (SCHMOELLER et al., 2011, p. 369).

A questão é tão séria que existem estudos que ligam o sofrimento dos/as enfermeiros/as no trabalho à ocorrência de acidentes de trabalho e ao uso de substâncias psicoativas. Ribeiro e Shimizu (2007) demonstram que em hospitais os acidentes de trabalho são mais comuns entre enfermeiro/as do que em outras categorias profissionais. Isso se explica tendo em vista o fato de que o/a enfermeiro passa mais tempo com os pacientes, além de serem responsáveis por atividades, tais como: “[...] limpeza, desinfecção, esterilização e organização de materiais e equipamentos hospitalares” (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007, p. 537). Esta condição revela o paradoxo das instituições hospitalares, que ao cuidar dos enfermos, acaba permitindo que adoçam as pessoas que deles cuidam (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007). Os autores ainda acrescentam:

Dos acidentes com trabalhadores de enfermagem, constatou-se que, 92% dos acidentes-tipo são gerados por más condições de trabalho, cargas no desenvolvimento do processo de trabalho de enfermagem, desconhecimento de medidas preventivas, entre outras (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007, p. 537).

Em pesquisa conduzida por Elias e Navarro (2006), em um hospital universitário no município de Uberlândia/MG, foi possível chegar à constatação de que os/as profissionais da Enfermagem consideravam o acidente de trabalho como algo que é parte do trabalho. As autoras apontam que este costuma ser um mecanismo de defesa coletivo adotado pelos/as trabalhadores/as para tentarem anular o sofrimento pela via da sua banalização.

Martins e Zeitoune (2007) constataram, por meio de um estudo qualitativo com quarenta trabalhadores/as da Enfermagem de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro/RJ, que um dos motivos para o uso de substâncias psicoativas está relacionado à desvalorização daqueles que se responsabilizam pelos cuidados dos outros. Quem cuida acaba sem receber nenhum cuidado. Uma das falas de um dos participantes da pesquisa conduzida por Martins e Zeitoune (2007) expõe a questão de modo bastante evidente: “[...] se tivéssemos condições melhores de trabalho, não haveria tanto estresse em nosso dia-a-dia e talvez não fosse necessário utilizar de drogas a fim de melhorar a cabeça [...]” (p. 641).

De acordo com Martins e Zeitoune (2007), alguns fatores geram predisposição para o uso de substâncias psicoativas em profissionais de Enfermagem que trabalham em hospitais: condições de trabalho, sobrecarga de

trabalho e acesso facilitado a drogas. Os/as profissionais da Enfermagem são obrigados a conviverem com jornadas de trabalho extenuantes e são expostos a condições de trabalho precarizadas.

Atualmente, as instituições de saúde vêm passando por diversas dificuldades, e, dentre elas, as condições de trabalho vêm chamando a atenção; os profissionais têm que desenvolver suas atividades com qualidade sem que a instituição lhe dê condições para tal, e as complexidades no cuidar aumentam a cada dia e o profissional se sente cada vez mais exigido na sua competência [...] (MARTINS; ZEITOUNE, p. 641).

Desse modo, o uso de substâncias entorpecentes comparece como um mecanismo de defesa. “O uso de substâncias psicoativas com a finalidade de diminuir tensão, estresse e outros sintomas é mecanismo utilizado pelo trabalhador para negar ou minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer”. (MARTINS; ZEITOUNE, p. 641). Sendo assim, os/as trabalhadores/as da Enfermagem lançam mão das estratégias mais acessíveis, neste caso, o acesso facilitado a substâncias psicoativas.

É ponto comum entre os diversos estudos a questão da precarização do trabalho do/a enfermeiro/a, que também atinge os/as profissionais que atuam em serviços públicos. A precarização do trabalho no serviço público acaba afetando de modo incisivo a vida dos trabalhadores da saúde, inclusive, dos/as profissionais da Enfermagem, como demonstrou o estudo conduzido por Medeiros et al. (2006) em um hospital público no município de Natal/RN.

As precárias condições de trabalho no serviço público geram também sofrimento, pois o trabalhador se vê impotente em relação a qualidade da assistência ao cliente gerando insatisfação no trabalho e ainda um rompimento no seu processo de trabalho (MEDEIROS et al., 2006, p. 239).

A precarização é conforme Medeiros et al. (2006), resultado da ofensiva neoliberal e da regressão no campo dos direitos sociais. Tal regressão confere novas configurações ao trabalho, e ele é contaminado de tal forma pela lógica da reificação, que ao trabalhador resta apenas se submeter à exploração da sua força de trabalho. Mas ele não se submete passivamente. É uma submissão que passa pelo campo da significação. Deste modo, ele lança mão de diferentes estratégias e mecanismos de defesa para suportar o sofrimento ocasionado pelo trabalho. De

acordo com Dal Pai e Lautert (2009), essas estratégias são criadas pela coletividade dos/as trabalhadores/ras e elas transparecem a tentativa de sobrevivência do indivíduo em meio a situações do trabalho que resultam em sofrimento. As autoras concluem, mediante pesquisa realizada com profissionais da Enfermagem de um hospital público do município de Porto Alegre/RS, que

[...] as estratégias de enfrentamento criadas pela coletividade trabalhadora caracterizam a relação de sobrevivência do indivíduo com as situações desfavoráveis do trabalho. Dessa forma, elas representam importante fator de proteção à saúde das profissionais de enfermagem inseridas no contexto de trabalho estudado. Por meio de comportamentos e atitudes que, por vezes, demonstraram frieza, distanciamento e despersonalização do usuário, as trabalhadoras de enfermagem lidam com as exigências de um labor com condições favoráveis ao adoecimento, como a superlotação, a sobrecarga de trabalho e o desamparo diante das fragilidades do sistema público de saúde (DAL PAI; LAUTERT, 2009, p. 64).

É interessante destacar algumas das estratégias identificadas por Dal Pai e Lautert (2009), pois elas refletem a maneira encontrada pelos/as profissionais da Enfermagem para lidarem com as adversidades no trabalho: distanciamento do problema, despersonalização e modulação do sofrimento com humor. Através do distanciamento foi conferida maior observância aos procedimentos técnicos como forma de se afastar do sofrimento.

No contexto da emergência, a necessidade de agir de forma imediata, conduzida pela lógica dos procedimentos técnicos, é uma característica possível de ser utilizada como proteção diante do contato com o indivíduo doente. A proximidade da morte gera a necessidade de distanciar-se do ser humano que está morrendo, como forma de proteção contra o sofrimento. Assim, a atenção fica centrada no desempenho técnico, porque as possibilidades de vida também dependem do desempenho imediato da própria profissional (DAL PAI; LAUTERT, 2009, p.62).

Em muitos casos os/as profissionais agilizavam o serviço para liberar mais rapidamente os pacientes (DAL PAI; LAUTERT, 2009). Agilizar a liberação dos pacientes aparece como defesa contra a possibilidade de estabelecer com eles vínculos mais duradouros e, essa era uma forma de se distanciar do problema e de tentar anular o sofrimento. Tal achado coaduna com as reflexões de Cantídio; Vieira e Sena (2011) sobre o significado da morte e do morrer para profissionais da Enfermagem. Conforme os autores, os profissionais da saúde, incluindo os

profissionais da Enfermagem, desde a formação, são estimulados a assumirem uma posição de imparcialidade emocional com relação aos pacientes e familiares para se resguardarem de qualquer envolvimento que possa resultar em sofrimento, e com relação à morte eles se distanciam dos próprios sentimentos mediante a sua negação ou por meio de condutas defensivas.

Se ao agilizarem os procedimentos os profissionais da Enfermagem evitam o estabelecimento de quaisquer vínculos afetivos, distanciando-se dos próprios sentimentos eles negam os seus rompimentos. Desta feita, o rompimento de vínculos coloca o profissional diante de seus próprios limites e do sentimento de impotência ocasionado pela perda de um paciente, principalmente quando a perda ocorre pela via da morte, afinal os/as enfermeiros/as, “ainda na graduação [...], são preparados para salvar vidas” (CANTÍDIO; VIEIRA; SENA, 2011, p. 409), o que significa “[...] que a morte deve se afastar de todas suas vivências e que o finamento não representa o enfoque da vida acadêmica” (CANTÍDIO; VIEIRA; SENA, 2011, p. 409).

Durante o exercício da profissão, os enfermeiros seguem normas e condutas objetivando salvar vidas e evitar a morte, que, quando se faz presente, pode causar um estado de tristeza, perda, frustração e estresse já que ver o corpo inerte de uma pessoa para o qual se prestou cuidados, se dedicou tempo, energia, carinho, amor, se trocou palavras e até mesmo se riu lado a lado é algo que causa estranheza (OLIVEIRA; SILVA BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007, p. 387).

Por conseguinte, o finamento não representa o enfoque da vida acadêmica e nem mesmo o objetivo da atuação profissional, o que explica, portanto, a utilização de posturas defensivas na tentativa de fazer desaparecer o sofrimento provocado pelo rompimento de vínculos.

A despersonalização apareceu sob a forma de um controle extremo dos próprios sentimentos. O controle dos sentimentos pela via da sua anulação foi uma das formas encontradas para tentar minimizar o sofrimento provocado pelo trabalho. Por vezes os/as profissionais faziam isso lançando um olhar apenas para a doença. Olhar para a doença é mais fácil do que olhar para o sujeito que sofre. “[...] entende-se que o olhar lançado exclusivamente à doença física se torna uma responsabilidade menos complexa, mais passível de resolução” (DAL PAI; LAUTERT, 2009 p. 63).



Por fim, as adversidades podiam ser neutralizadas por meio da modulação do sofrimento com humor.

A observação das posturas assumidas nos momentos de tensão devido ao risco de morte possibilita mencionar que se instala a angústia e o medo de que as manobras não salvem o paciente. Nessas situações, utiliza-se uma alternativa para aliviar a tensão diante da aproximação do fracasso. Geralmente trata-se da iniciativa de algum dos membros da equipe em tecer comentários humorados para que todas se descontraíam (DAL PAI; LAUTERT, 2009, p. 63).

Todas as defesas apontadas por Dal Pai e Lautert (2009) são expressões da subjetividade dos/as profissionais que participaram da pesquisa. Isso coloca uma questão importante: existe um lugar no trabalho para que a subjetividade se manifeste. E é por meio da sua manifestação que é possível entender como se estabelece a relação entre trabalho prescrito, trabalho real e o real da atividade. Por fim, é na relação entre esses três elementos que tornar-se-á materializável a captura da articulação entre prazer e sofrimento no trabalho. Sendo assim, o trabalho também é um lugar em que o prazer é uma experiência possível.

O trabalho dos/as profissionais da Enfermagem não é apenas fonte de sofrimento. Ele também pode ser fonte de prazer e realização profissional. “[...] o processo de trabalho da enfermagem não é somente sinônimo de sofrimento, existindo situações de prazer e satisfação para o profissional”. (KESSLER; KRUG, 2012, p. 50). Uma das fontes de prazer é “[...] o reconhecimento profissional proveniente dos pacientes, exposto em manifestações verbais e de gratidão pelo serviço prestado” (KESSLER; KRUG, 2012, p. 52). Conforme a pesquisa realizada pelas autoras em um hospital e em uma unidade de saúde da família (USF) no município Vale do Rio Pardo/RS, os/as profissionais da instituição hospitalar observaram que o prazer estava na maioria das vezes associado à melhoria no quadro do paciente. A melhora apontava para o sucesso do trabalho da equipe e por isso os/as profissionais sentiam-se recompensados.

Elias e Navarro (2006) corroboram os achados de Kessler e Krug. Os/as profissionais entrevistado(a)s pelas pesquisadoras relataram que o prazer no trabalho está, muitas vezes, vinculado à melhora no quadro do paciente. (ELIAS; NAVARRO, 2006). Os/as profissionais ainda mencionaram que ajudar o outro é o melhor que o trabalho pode oferecer: “a possibilidade de ajudar o próximo é referência constante e se refletiu em suas falas” (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 522).

Por fim, a revisão integrativa realizada por Schmoeller et al. (2011) também confirma que o prazer no trabalho do/a enfermeiro/a está relacionado ao contato com o paciente e com a possibilidade de ajudá-lo.

Constatou-se que o cuidado direto com os pacientes tem sido identificado como fonte de prazer e gratificação, capaz de minimizar as perdas, inclusive as financeiras. Com isso, percebe-se que o prazer do trabalho está no cuidado do paciente, na sensação do trabalho cumprido, enquanto o desprazer, em geral, relaciona-se com a organização e com as condições de trabalho da enfermagem (p. 375).

É interessante notar que o contato com o paciente pode ocasionar tanto prazer quanto sofrimento. Já foi assinalado que profissionais da Enfermagem usam diferentes meios para anularem o sofrimento provocado pela enfermidade do paciente. No entanto, quando há melhora no quadro dos pacientes esses/essas profissionais sentem-se recompensados/as, sendo essa uma significativa fonte de prazer.

É de se esperar que essa ambivalência de sentimentos aconteça, já que a maioria dos estudos foi realizada em hospitais. No hospital a assistência está centrada na cura. Deste modo, qualquer melhora no quadro geral dos pacientes pode ser sentida como prazer, como uma piora pode ser sentida como sofrimento. Resta saber se o mesmo se aplica à atenção primária. Nesse sentido, essa pesquisa pode ajudar a melhor compreender a questão assinalada.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório. Algo de peculiar no objeto de estudo torna a pesquisa qualitativa um meio elegível para a abordagem do problema, de forma que sua utilização ajuda a desnudar as nuances das redes de determinação em que este objeto está inserido. Neste caso, trata-se da compreensão de como prazer e sofrimento se articulam através dos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do trabalho.

Alguns elementos merecem destaque porque são reveladores das dimensões que serão abordadas pela presente investigação e de como entre elas podem ser estabelecidas relações de causalidade. Os elementos são: o sofrimento, o prazer e o trabalho. Parte-se da suposição que prazer e sofrimento são experiências que se associam ao trabalho e que podem ser causadas por ele. Em última instância, o trabalho agiria potencializando-as. Ademais, compreende-se que circunstâncias específicas no trabalho podem gerar sofrimento e também prazer.

Todavia, estas relações não podem ser testadas ou mesmo mensuradas. Elas ganham materialidade por meio do significado que os/as profissionais da Enfermagem, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, atribuem às experiências de prazer e sofrimento no trabalho. Tão somente por isso os modos como expressam suas subjetividades é o veículo privilegiado para se ter acesso a esses significados. Neste sentido, a pesquisa qualitativa ganha importância ao oferecer as mediações necessárias para a apreensão dos significados construídos por esses profissionais para articularem prazer e sofrimento no trabalho.

Segundo Minayo; Deslandes e Gomes (2009, p. 21), a pesquisa qualitativa pode contribuir para que sejam revelados elementos a respeito do

[...] universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações

e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

Segundo demonstraram os dados da pesquisa, os/as profissionais da Enfermagem que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG compartilham as mesmas experiências de prazer e sofrimento. Como coletivo eles elaboram essas experiências no nível do pensamento e pensam algo sobre as vivências que no trabalho ocasionam prazer e sofrimento, o que será demonstrado mais adiante. Do pensamento surge um universo de significações que apontam para o modo como o trabalho está estruturado e sobre como a sua estruturação afeta o exercício profissional desses profissionais. Mas as significações atribuídas às experiências de prazer e sofrimento também apontam para o modo como elas são articuladas no nível da subjetividade, o que significa que a subjetividade dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG não pode ser pensada fora de sua conexão com a materialidade do trabalho experimentada por eles/elas.

Portanto, a subjetividade, em toda a sua riqueza de manifestações, comparece como meio de acesso ao universo de significações construídas pelos/as profissionais que participaram desta pesquisa. Por sua vez, são essas significações que tornam possível a articulação de prazer e sofrimento sem que entre eles se estabeleça uma relação de incompatibilidade, ou seja, sem que o sofrimento anule o prazer e sem que o prazer leve a uma incessante evitação do sofrimento. Todavia, a viabilidade de acesso à subjetividade só se concretizou por meio do contato direto com os/as profissionais que foram entrevistados/as. E também nessa direção, mais uma vez, a pesquisa qualitativa ganhou relevância, pois ela possibilitou a realização deste contato. Segundo Martinelli (1999), a pesquisa qualitativa

[...] tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito. Parte-se de uma perspectiva muito valiosa, porque à medida que se quer localizar a percepção dos sujeitos, torna-se indispensável – e este é um outro elemento muito importante – **o contato direto com o sujeito da pesquisa** (MARTINELLI, 1999, p. 22 – grifo da autora).

A investigação ainda se caracteriza como uma pesquisa exploratória, que proporciona, conforme Gil (2002), maior proximidade com relação ao problema. A

proximidade ajuda a explicitá-lo e a construir pressupostos que possibilitem a sua apreensão dentro da rede de determinantes que lhe conferem existência. “Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (GIL, 2002, p. 41). A exploração das relações que sofrimento e prazer estabelecem com o trabalho pretendeu torná-las mais explícitas. Explicitando-as foi possível compreender como essas experiências encontram na subjetividade o caminho privilegiado para se manifestarem e como, ao mesmo tempo, são elementos que compõem a sua constituição. Desta forma, portanto, o aprimoramento da ideia de que o trabalho é ao mesmo tempo fonte de sofrimento e também de prazer tornou-se viável.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no âmbito da atenção primária do município de Formiga/MG. Formiga é um município que fica localizado na microrregião do centro-oeste de Minas Gerais, contando, de acordo com o censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010), com uma população de 65.128 (sessenta e cinco mil cento e vinte e oito) habitantes. Desses, 32.137 (trinta e dois mil cento e trinta e sete) são homens, o que corresponde a 49,3% da população, e 32.991 (trinta e dois mil novecentos e noventa e um) mulheres, o que equivale a 50,7% do total de habitantes (IBGE, 2010).

A história oral registra que o município recebeu este nome depois que tropeiros, que pousaram às margens do rio que corta a cidade, tiveram seu carregamento de açúcar atacado por correições de formigas, o que resultou em grande prejuízo (PREFEITURA DE FORMIGA, 2017). Os tropeiros deram para o rio o nome de Rio das Formigas para que outras companhias evitassem armar acampamentos às suas margens. Esse nome se transferiu ao arraial que cresceu às margens do rio. Mais tarde, em 1858, o município alcançou a sua emancipação política, saindo, assim, da condição de vila e passando a ocupar a condição de cidade (PREFEITURA DE FORMIGA, 2017).

O município de Formiga é banhado pelas águas do Lago da Represa de Furnas, que imprime contornos importantes ao contexto econômico, político e social da cidade. No entanto, sua economia está fortemente ancorada no setor confeccionista. Hoje Formiga conta com dezoito Estratégias de Saúde da Família

(ESFs), que ofertam a toda população formiguense serviços no nível da atenção primária da saúde. O município conta ainda com outros equipamentos e serviços como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um centro de hemodiálise, uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e um hospital (Santa Casa de Caridade de Formiga) equipado com uma UTI para atendimentos de adultos e uma UTI neonatal. A Santa Casa de Caridade ainda oferta serviços, tais como arteriografia, angioplastia, cateterismo cardíaco, centro de imagem, tomografia computadorizada, cirurgias de alta complexidade, entre outros (SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA). É importante registrar que a Santa Casa de Caridade de Formiga também atende por meio de convênio firmado com o SUS.

Como na presente pesquisa interessa o nível da atenção primária, em especial as ESFs, o estudo desenvolveu-se nestes equipamentos. São dezoito unidades, onde dezoito profissionais da Enfermagem atuam e gerenciam esses equipamentos que constituem parte importante da atenção primária no município de Formiga/MG. Por conseguinte, foi este o local em que se desenvolveu a investigação e foram esses os profissionais que dela participaram. A escolha do local levou em consideração a importância estratégica que as ESFs têm para a implementação do SUS e, principalmente, para a implementação da atenção primária em todo o país, assegurando, desta forma, a consolidação de um sistema de saúde universal que promova ações no campo da atenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde que, por sua vez, são pautadas em princípios como a integralidade e equidade, que regem a oferta dos serviços de saúde em todo o território nacional.

### 3.2.1 Setor de Saúde

Seguindo o que preconiza as políticas no campo da saúde pública brasileira, que regula a oferta de serviços conforme os diferentes níveis de complexidade, atualmente divididos em baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2009), o município de Formiga/MG estrutura esses níveis de assistência da seguinte maneira: ESFs e NASF compõem os principais equipamentos da baixa complexidade, que constituem, deste modo, o núcleo central da atenção primária; na atenção secundária, ou de média complexidade, estão as especialidades, a Unidade de

Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e a Santa Casa de Caridade de Formiga; por fim, os procedimentos de alta complexidade, que envolvem o deslocamento de pacientes e as intervenções de caráter mais intrusivo, são realizados em equipamentos que também comparecem na média complexidade como o SAMU, a UPA e a Santa Casa de Caridade.

A integração entre os três níveis de assistência deveria ocorrer de maneira fluída, privilegiando igualmente a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. A recuperação, que pode ser feita na atenção primária, a depender, é claro, da complexidade da moléstia, é realizada, via de regra, nos equipamentos que ofertam os serviços de média complexidade. Isso requer, por exemplo, no caso do trabalho de rede entre a atenção primária e a atenção secundária, mais especificamente nos casos de encaminhamentos para atendimentos médicos especializados, a realização de referência e contra referência.

A contra referência torna possível o acompanhamento dos casos, permitindo, deste modo, que a recuperação seja realizada em paralelo à promoção e a prevenção em saúde. Seguindo esta lógica o trabalho em rede tem condições de se concretizar, possibilitando, desta maneira, que os níveis primário e secundário trabalhem buscando a complementaridade. No entanto, não é o que se observa em Formiga/MG, o que não é uma característica apenas do município. Esta é uma realidade que compõe o cenário de desmonte do SUS em todo o país, que é um produto do avanço da ofensiva neoliberal.

A contra referência no município de Formiga/MG é mais exceção do que regra. Desta forma, a atenção primária é privada das informações necessárias para que sejam tomadas as medidas que viabilizem o trabalho de promoção em saúde. De outro modo, os processos decisórios, que se realizam no âmbito da atenção primária, ou que deveriam se realizar, ficam obstacularizados, o que ocasiona em rompimentos nos processos de trabalho, de modo que o produto final, que é a assistência em saúde, acaba se realizando apenas parcialmente. Desta forma, não é cumprido o princípio da integralidade, ou ao menos ele não se cumpre de modo integral.

Os problemas não se limitam à complementaridade entre atenção primária e secundária, principalmente no que tange aos encaminhamentos para as especialidades, que não atendem às demandas da população. Tudo isso rebate no

trabalho dos profissionais das ESFs, em especial no trabalho dos/as enfermeiros/as, ocasionando retrabalho e também provocando sobrecarga de trabalho. Na atenção terciária o município também tem enfrentado problemas. Em setembro de 2016, o prefeito em exercício, visitou a UPA e encerrou uma greve iniciada sem prévio aviso por médicos da unidade que alegavam atraso de três meses no pagamento dos salários (ÚLTIMAS NOTÍCIAS, 2016).

Em fevereiro de 2017, o secretário de saúde, que, então, acabara de assumir a pasta, foi entrevistado pela imprensa local para esclarecer reclamações relacionadas à ausência de insumos básicos e de hotelaria na UPA. Na mesma ocasião o Jornal Últimas Notícias (2017a) noticiou a recorrente queixa da população com relação ao descumprimento da carga horária pelos médicos que trabalham nas ESFs, e que o município chegou a ser notificado pela Secretaria Estadual de Saúde a esse respeito. A mesma reportagem esclarece que o município pode ser penalizado com a suspensão de recursos financeiros se o cumprimento da carga horária dos médicos não fosse regularizado (ÚLTIMAS NOTÍCIAS, 2017a).

Mais recentemente, na primeira semana do mês de dezembro de 2017, uma notícia trouxe impactos significativos para o setor da saúde no município de Formiga/MG: a suspensão por tempo indeterminado dos atendimentos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal da Santa Casa de Caridade de Formiga (ÚLTIMAS NOTÍCIAS, 2017b). Formou-se, então, uma equipe composta pelo prefeito, vereadores e membros da mesa diretora da Santa Casa, que se deslocaram até Belo Horizonte para negociarem a liberação das verbas em atraso com o Secretário Estadual de Saúde, mas o mesmo informou que o Estado só procederia com os repasses no ano de 2018 (ÚLTIMAS NOTÍCIAS, 2017b).

De modo geral, o setor de saúde no município de Formiga/MG padece do desmonte que a saúde pública vem sofrendo em todo o país. Este desmonte também atinge a atenção primária no município. Portanto, é este o cenário em que estão inseridos os/as enfermeiros/as que colaboraram com a presente investigação.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do presente estudo dezessete dos/as dezoito enfermeiros/as que gerenciam as unidades das ESFs no município de Formiga/MG. Não foi possível entrevistar um/a dos/as profissionais. O pesquisador tentou diversas vezes



estabelecer contato, todavia, o mesmo não se efetivou, já que o/a profissional não pôde ser encontrado/a em sua unidade de trabalho em função de problemas envolvendo pessoas do seu núcleo familiar. Decidiu-se, desta forma, encerrar o levantamento de dados com dezessete entrevistas, sem que isso ocasionasse em qualquer prejuízo para a investigação, já que as informações produzidas foram suficientemente representativas para responderem ao problema de pesquisa e aos objetivos que dele se desdobram.

Nesta pesquisa considerou-se como critérios de inclusão ser enfermeiro/a e trabalhar no gerenciamento das ESFs, além de concordar em assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no caso de consentir em participar da pesquisa.

Foram excluídos deste estudo quaisquer enfermeiros, que mesmo atuando na atenção primária do município de Formiga/MG, não estivessem desempenhando suas funções no âmbito das ESFs. Considera-se enfermeiro todo profissional que tenha concluído a graduação em Enfermagem.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

#### 3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada que foi aplicado para viabilizar a coleta dos dados. Triviños (2010) afirma que a modalidade de entrevista semiestruturada oferece ao pesquisador um campo ampliado de interrogativas que permite que se estabeleça maior proximidade com o objeto da pesquisa. O autor ainda menciona que a entrevista semiestruturada valoriza a presença do pesquisador ao mesmo tempo em que permite que o entrevistado se sinta livre para participar da entrevista.

A escolha desta modalidade de entrevista se deu em função de suas características, que segundo Laville e Dionne (1999),

[...] possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo assim a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores... [...] (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 189).

Pode parecer que a maior flexibilidade das entrevistas semiestruturadas venha sugerir que são desprovidas de rigor. No entanto, Laville e Dionne (1999, p. 190) lembram que a entrevista vai encerrar o participante dentro de “[...] opções de respostas previstas antecipadamente.” De outro modo, o roteiro de entrevista dirige a coleta de dados a partir da finalidade estabelecida pela investigação e todas as informações coletadas têm um único propósito: responder ao problema de pesquisa. Por fim, os autores acrescentam que

a flexibilidade adquirida permite obter dos entrevistados informações muitas vezes mais ricas e fecundas, uma imagem mais próxima da complexidade das situações, fenômenos ou acontecimentos [...] (p. 190).

O roteiro de entrevistas, relacionado no Apêndice II deste trabalho, é formado por duas partes. A primeira teve como finalidade identificar e caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa, enquanto a segunda foi composta de questões abertas que remetem ao objeto da investigação. Estas questões possibilitaram a produção de informações que permitiram compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as.

Para sua validação, o roteiro foi encaminhado a 09 (nove) especialistas na área, a saber: 03 (três) professores doutores psicólogos; 03 (três) professores doutores enfermeiros e 03 (três) enfermeiros, atuantes e gestores na Estratégia da Saúde da Família, para os quais foi solicitado que avaliassem as questões ao mesmo tempo em que se colocavam no lugar de entrevistados, simulando, assim, circunstâncias que viabilizassem a sua utilização enquanto instrumento de coleta de dados. A carta de solicitação da avaliação do instrumento, encaminhada aos especialistas, está relacionada no Apêndice I.

As sugestões apontaram para o item 5 - **Unidade de trabalho** (se todos/as já não eram da ESF?) e à quantidade de questões na parte relativa ao tema, especialmente, ao alegarem tratar-se de um Mestrado e considerarem que o instrumento estava extenso. As sugestões foram lidas e foi decidido que o item 5 seria mantido por representar cada ESF, especificamente, pois acredita-se que as áreas adstritas podem apresentar características diferentes; bem como a necessidade de manter as questões referentes ao tema, face à análise dos dados e

o referencial teórico proposto no projeto. O pressuposto das áreas adstritas acabou sendo confirmado, pois percebeu-se que a extensão do impacto da precarização da atenção primária sobre o trabalho dos/as profissionais depende, em alguns casos, da localização das ESFs, se estão ou não em área de vulnerabilidade, influenciando, ainda, o tipo de público-alvo que atendem.

#### 3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu mediante a realização de entrevistas semiestruturadas conduzidas junto aos profissionais de Enfermagem que trabalham nas unidades das ESFs do município de Formiga/MG. As entrevistas foram gravadas para assegurar um maior nível de detalhamento dos dados e ocorreram em um único encontro com os profissionais, em seus respectivos locais de trabalho. Ao todo foram 907 (novecentos e sete) minutos de gravação. Cada entrevista durou em média 53,4 minutos com um desvio padrão de 19,9. Isso significa que as entrevistas ficaram dentro do intervalo de tempo estipulado e descrito no TCLE: 40 a 60 minutos.

Elas tiveram dois momentos. O primeiro teve como objetivo identificar e caracterizar o perfil dos entrevistados, com a anotação dos dados fornecidos pelo pesquisador. Já no segundo momento foram realizadas as perguntas específicas voltadas para o problema da investigação. Como são perguntas que tocam em questões nevrálgicas, produziram uma maior quantidade de informações. Diante disso, optou-se pela gravação, pois tal procedimento permitiu o registro de todas as informações, evitando, desta forma, a perda de dados que viessem a colocar em risco a qualidade da investigação.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na pesquisa qualitativa costuma-se debruçar sobre o universo dos significados, e neste caso, buscou-se compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as, gerando grande volume de conteúdos sobre a subjetividade

dos/as entrevistados/as, relacionados, sobretudo, às experiências do prazer e sofrimento no trabalho. A média de páginas geradas a partir da transcrição das entrevistas fornece uma ideia da quantidade de informações produzidas: 6,5 com desvio padrão de 1,7. Ao todo foram 111 páginas de transcrição, o que é um volume de dados significativo.

Os conteúdos das entrevistas foram organizados, de tal forma que permitiu ao pesquisador se aproximar do seu objeto de estudos, pois de outro modo seria inviável tentar construir uma resposta ao problema de pesquisa e testar os pressupostos que respondem ao questionamento colocado por ele. Os pressupostos podem ou não ser corroborados. Todavia, foi necessário proceder a uma rigorosa análise dos dados. Para tanto, o presente estudo adotou a análise de conteúdo. Laville e Dionne (1999) afirmam que a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas que permitem desmontar a estrutura do conteúdo para que possam ser identificadas as suas principais características e também a sua significação.

Assim, a análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p. 14).

Através da utilização da análise de conteúdo foi possível decifrar a significação dos conteúdos das falas dos entrevistados, de modo a ter acesso à subjetividade dos/as enfermeiros que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG. Esse acesso foi a mediação que se colocou como necessidade para que o implícito no conteúdo se revelasse como explícito quando submetido ao escrutínio da análise.

No entanto, algumas etapas foram observadas, aquelas que comumente acompanham a utilização da análise do conteúdo enquanto procedimento metodológico: pré-exploração do material, seleção das unidades de análise e categorização (CAMPOS, 2004). A etapa da pré-exploração compreendeu a fase da descrição e da leitura flutuante do material. Sendo assim, cada entrevista realizada foi transcrita e lida atentamente. Esta primeira leitura é importante ao permitir “[...] apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais”. (CAMPOS, 2004, p. 613).

Nesta fase a utilização de uma leitura menos aderente, promove uma melhor assimilação do material e elaborações mentais que fornecem indícios iniciais no caminho a uma apresentação mais sistematizada dos dados. Essas leituras iniciais promovem uma visão “descolada”, a qual permite ao pesquisador transcender a mensagem explícita e de uma forma menos estruturada já conseguir visualizar mesmo que primariamente, pistas e indícios não óbvios (CAMPOS, 2004, p. 613).

De outro modo, a leitura flutuante das entrevistas transcritas viabilizou um contato mais aprofundado com o material. Deste contato foi possível traçar linhas gerais que alimentaram os próximos passos da análise que culminaram na organização do conteúdo por meio da seleção das unidades de análise e da sua categorização. Laville e Dionne (1999) denominam a seleção das unidades como recorte dos conteúdos. Conforme os autores esta fase não pode ser dissociada da etapa da categorização. Ambas caminham juntas e a escolha da ordem, se a seleção das unidades ou a categorização dos conteúdos vem antes ou depois, depende de cada pesquisador (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Laville e Dionne (1999) lembram que uma das formas mais comuns de proceder com relação à seleção das unidades é por meio do recorte temático. Recortar por temas é o mesmo que categorizar. Por isso, as duas fases devem, necessariamente, caminhar juntas. Esta pesquisa trabalhou com recortes temáticos. A entrevista e o modo de construção do instrumento de coleta de dados suscitaram alguns temas que perpassam ao mesmo tempo pelos aspectos objetivos da realização do trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, que acabam ocasionando as experiências de prazer e sofrimento, e pelo universo da significação atribuído a essas experiências.

Isso não quer dizer, no entanto, que a presente investigação trabalhou com análises temáticas fechadas, que são aquelas em que “[...] o pesquisador decide *a priori* categorias, apoiando-se em um ponto de vista teórico, que se propõe o mais frequentemente submeter à prova da realidade” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 219 – grifo dos autores). De outro modo, esperar que as entrevistas revelassem conteúdos sobre as experiências do prazer e sofrimento em sua relação com a objetividade do trabalho e sobre as significações atribuídas a essas experiências não significa que as categorias temáticas foram definidas aprioristicamente.

Foi utilizado o modelo de análise temática conhecido como modelo aberto. Neste modelo “[...] as categorias não são fixas no início, mas tomam forma no curso

da própria análise” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 219). Laville e Dionne (1999, p. 219) afirmam que

o recurso a uma *grade aberta* é frequente nos estudos de caráter exploratório, quando o pesquisador conhece pouco a área em estudo e sente necessidade de aperfeiçoar seu conhecimento de uma situação ou de um fenômeno a fim de enunciar hipóteses. (Grifo dos autores).

Portanto, a análise temática, conforme o seu modelo aberto, está em consonância com esta pesquisa, que é uma pesquisa que quanto aos seus objetivos pode ser classificada como descritivo-exploratória. Minayo (2010) apresenta algumas ponderações sobre a análise temática que devem ser consideradas:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. [...] Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2010, p. 316 – Grifos da autora).

Deste modo, os temas foram categorizados conforme a relevância para a pesquisa, sendo ela determinada em função do quanto eles se aproximaram dos objetivos da investigação e do que apresenta a literatura sobre as experiências do prazer e sofrimento no trabalho do/a enfermeiro/a. Com base nesses critérios foram criadas as seguintes categorias: situações causadoras de sofrimento, situações geradoras de prazer, estratégias para o enfrentamento do sofrimento no trabalho, estratégias para conciliar prazer e sofrimento no trabalho. Observa-se que as categorias têm núcleos temáticos que as remetem aos objetivos da pesquisa e ao modo como o instrumento de coleta de dados foi construído. A forma de construção deste suscitou os núcleos temáticos sobre o prazer e o sofrimento no trabalho, sobre as estratégias para enfrentar o sofrimento e, por fim, sobre as mediações para a conciliação das experiências de prazer e sofrimento vivenciadas no trabalho. Sendo assim,

[...] podemos dizer que a opção por essa ou aquela unidade temática é uma conjunção de interdependência entre os objetivos do estudo, as teorias explicativas adotadas pelo pesquisador e por que não dizer as próprias teorias pessoais intuitivas do pesquisador (CAMPOS, 2004, p. 613).

Em síntese, é importante ressaltar

[...] que não existem *fórmulas mágicas* que possam orientar o pesquisador na categorização, e que nem é aconselhável o estabelecimento de passos norteadores. Em geral, o pesquisador segue seu próprio caminho baseado nos seus conhecimentos teóricos, norteado pela sua competência, sensibilidade, intuição e experiência (CAMPOS, 2004, p. 614 – grifo acrescentado).

Estabeleceu-se o seguinte caminho para a análise do material produzido. Tendo as categorias como norteadores do processo de análise, no sentido de que são elas que constituem os fundamentos para o seu desenrolar, foram selecionados os trechos das falas dos/as entrevistados/as, depois de leituras exaustivas das transcrições, que continham os núcleos temáticos já apresentados. Tomou-se o cuidado para selecionar falas que não contivessem características do local de trabalho ou mesmo do/a entrevistado/a, assegurando, desta maneira, a preservação do sigilo. O que interessou, enfim, à seleção, foi a proximidade entre os temas abordados pelos/as entrevistados/as e os núcleos temáticos das categorias. Esta proximidade foi crucial para que a pesquisa não se afastasse dos seus objetivos. Qualquer afastamento, nesse sentido, colocaria em risco a capacidade da investigação em produzir informações capazes de responderem ao problema de pesquisa.

Como nenhuma categoria tem um grau de importância maior do que as demais, optou-se, deste modo, pelo não estabelecimento de qualquer tipo de hierarquização. Desta forma, durante a análise dos dados, a ordem de apresentação das categorias não obedeceu a qualquer grau de importância ou de escalonamento. O que realmente importou foi demonstrar a relação entre elas, e de como expressam as formas que as situações de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as.

Sendo assim, a análise dos dados fugiu de qualquer enrijecimento analítico que pudesse levar a uma apresentação em separado de cada categoria. Acredita-se que esta forma de apresentação produziria uma perda da visão de totalidade a respeito dos discursos dos/as entrevistados/as. No contexto deste trabalho a terminologia totalidade está sendo utilizada no sentido atribuído a ela pela

perspectiva da Teoria Social Crítica de Marx, que afirma que “a realidade é rica em determinações, saturada de múltiplas mediações que explicam a dinâmica de complexos sociais materialmente existentes [...]” (SANT'ANA; SILVA, 2013, p. 188). Não somente complexos sociais materialmente existentes, como o modo de organizar o processo de trabalho, por exemplo, mas também simbolicamente produzidos e traduzidos em atividades de significação daquilo que é da ordem do experienciado, evidenciando, assim, conforme Clot (2010), a atividade de significação de outras atividades, o que de acordo com o autor, compreende o conceito de subjetividade.

Nesse sentido, cada categoria, e as falas agrupadas sob elas, são saturadas por mediações produzidas por elas mesmas, o que significa, de certo modo, que uma categoria ilumina as determinações presentes nas demais e vice-versa. Em última instância, as categorias são iluminadas umas pelas outras, constituindo, assim, unidades dialéticas, e nas unidades dialéticas os opostos, ou que aparentemente se apresentam como tal, não se anulam, ao contrário, eles se complementam, como, por exemplo, no movimento que se estabelece entre a objetividade social do trabalho e as formas de expressão do prazer e sofrimento como elementos constituintes da subjetividade no trabalho. De outra forma, as categorias, na relação dialética que estabelecem entre si, formam uma totalidade, que segundo Tonet (2013, p. 96),

[...] na perspectiva marxiana, expressa o fato de que a realidade social é um conjunto articulado de partes. Cada uma dessas partes é, em si mesma, uma totalidade, de maior ou menor complexidade, mas jamais absolutamente simples. Expressa ainda o fato de que as partes que constituem cada um desses conjuntos se determinam reciprocamente e que sua natureza é resultado de uma permanente processualidade. Expressa também o fato de que há uma relação dialética entre o todo e as partes, sendo, porém, o todo o momento determinante. E, por fim, expressa o fato de que esse conjunto é permeado por contradições e por mediações, que resultam no dinamismo próprio de todos os fenômenos sociais e na específica concretude de cada um deles.

Para que a visão de totalidade pudesse ser preservada adotou-se como conduta analítica a construção de um texto em que as categorias de análise foram apresentadas simultaneamente. Isso significa, por exemplo, que ao se discutir as situações causadoras de sofrimento, essa discussão foi realizada em paralelo à



análise apresentada a respeito das situações geradoras de prazer, já que em alguns momentos ambas as situações aparecem como experiências em que os seus determinantes podem ser aproximados. Mas em outras situações elas aparecem como experiências em que os determinantes acabam se distanciando. Portanto, falar das experiências de sofrimento exige um olhar voltado para as experiências relacionadas ao prazer. O mesmo se aplica com relação as estratégias para o enfrentamento do sofrimento no trabalho e também para as estratégias que tentam conciliar prazer e sofrimento.

O texto constituiu-se, desta forma, a exemplo do instrumento de coleta de dados, de dois momentos. Num primeiro momento foram apresentados os dados que identificam e caracterizam os perfis dos/as entrevistados/as. Foram analisadas informações, tais como: prevalência do gênero sexual, idade média dos/as profissionais, estado civil, instituição em que foi concluída a graduação, tempo médio de formação, tempo médio de trabalho na instituição (Prefeitura de Formiga/MG), tempo de trabalho como profissional da Enfermagem, tempo de trabalho na atenção primária, tipo de vínculo trabalhista e faixa de rendimento salarial. Essas informações, somadas às observações feitas pelos/as profissionais, durante as entrevistas, revelam, de maneira incisiva, os aspectos constituintes da objetividade social do trabalho e da sua relação com os modos como o prazer e o sofrimento se expressam através da subjetividade e das estratégias utilizadas tanto para enfrentar o sofrimento quanto para conciliá-lo às experiências geradoras de prazer.

Num segundo momento o texto se debruçou sobre as categorias analíticas construídas para esse estudo, conforme os critérios já assinalados, demonstrando, acima de tudo, como a precarização do trabalho, que acarreta em sofrimento, tem como fatores determinantes o enraizamento da ofensiva neoliberal e a consolidação cada vez mais contumaz do processo de desmonte da saúde pública

Por fim, as falas recortadas e analisadas foram identificadas de acordo com numeração alfanumérica. Assim, E 1 significa entrevistado/a um, E 2 entrevistado/a dois, e assim por diante. Já foi ressaltado que os conteúdos das falas foram recortados conforme o grau de aproximação entre os seus núcleos temáticos e os núcleos temáticos das categorias analíticas utilizadas neste estudo. Mas também se utilizou o critério da representatividade, o que significa que as falas apresentadas são, em sua maioria, representativas daquilo que pensam e sentem os profissionais da Enfermagem que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG. As

exceções foram devidamente assinaladas, ou seja, quando uma fala recortada não foi representativa, houve a preocupação em assinalar que se tratava de uma exceção, mas de uma exceção que pelo peso simbólico não poderia ser descartada em função da sua capacidade de apontar para alguns elementos importantes da objetividade social do trabalho, especialmente por sintetizar o processo de trabalho no tocante à sua organização, ou em função de expressar o conjunto de fatores responsáveis pela vinculação das experiências de prazer e sofrimento no trabalho com os modos de expressão da subjetividade.

Finalmente, procurou-se, no momento de transcrição das entrevistas, eliminar vícios de linguagem que pudessem levar à identificação dos/as entrevistados/as. Mas isso foi feito sem que as falas fossem descaracterizadas. Além disso, é bom lembrar o que Fleischer (2015) menciona sobre a transcrição de entrevistas. Conforme a autora, entrevistas transcritas, via de regra, podem ser utilizadas para reproduzirem relações de poder, já que a transcrição pereniza as palavras por meio de documentos. Definitivamente, esta pesquisa não é um instrumento que tem como objetivo reproduzir relações de poder. Ao contrário, elas serão evidenciadas como um elemento que ajuda a compor o cenário responsável pelas experiências de sofrimento.

Por último, é importante salientar que a construção a respeito do entendimento da temática da pesquisa requer alguns fundamentos teóricos, e nessa pesquisa, o primeiro deles é o referencial da Teoria Social Crítica de Marx. Interessa neste referencial o trabalho como categoria ontológica, cujo valor heurístico ajudou a lançar luz sobre a materialidade do trabalho dos/as enfermeiros que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG. O segundo é a concepção de subjetividade a partir da perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica. Esta perspectiva concebe a formação da subjetividade em sua relação com a materialidade da vida social, o que forneceu subsídios para compreender como os/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária de Formiga/MG significam as experiências de prazer e sofrimento.

Por fim, o terceiro e último referencial teórico é o da Clínica da Atividade de Yves Clot, que é um dos maiores divulgadores da Psicologia Sócio-Histórica no cenário mundial. A Clínica da Atividade está assentada em diversos conceitos, mas três se destacam em função da sua importância: o trabalho prescrito, o trabalho real e o real da atividade.

Partindo, portanto, dos fundamentos teóricos da Clínica da Atividade, dos referenciais da Teoria Social Crítica de Marx e da Psicologia Sócio-Histórica foi possível entrar em contato com as subjetividades dos/as profissionais que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG e compreender como as experiências de prazer e sofrimento são articuladas no cotidiano dos seus trabalhos, utilizando-se da análise de conteúdo das falas do/as participantes da presente pesquisa para proceder com relação a organização e análise dos dados.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa está de acordo com o preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, observando, portanto, todas as diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Para a sua realização foi obtida autorização da Prefeitura Municipal de Formiga/MG mediante documento assinado pelo Prefeito da cidade e também pelo Secretário da Saúde em exercício daquela localidade (Anexo A); além da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) (Anexo B).

Também foi elaborado o TCLE (Apêndice III), que esclareceu os propósitos da investigação, o local em que ela foi realizada, quais foram os procedimentos a que os entrevistados foram submetidos e que assegura, sobretudo, que estes poderiam retirar o seu consentimento e suspender sua participação na pesquisa, em qualquer momento, informando ainda que os participantes da pesquisa não teriam despesas decorrentes da sua participação, bem como não obteriam nenhum tipo de compensação financeira.

Os sujeitos, em momento oportuno, foram contatados para assinarem o TCLE (Apêndice III), concedendo, assim, a autorização formal para a utilização dos dados que foram coletados a partir da realização das entrevistas. Neste sentido, cumpriram-se todas as medidas que devem ser observadas quando se realizam pesquisas com seres humanos e que são regulamentadas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Cabe ainda comentar que houve riscos mínimos para os participantes da pesquisa, que ao refletirem sobre os sentimentos em investigação poderiam apresentar alterações de diversas ordens – que seriam atentamente observados e orientados para acompanhamento.

### 3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa se os responsáveis da Instituição, em qualquer momento, retirassem a autorização para sua realização. Sendo observados os preceitos éticos e mantida a autorização, a pesquisa foi, portanto, conduzida, conforme todas as etapas previstas para a sua concretização.

Ainda, a pesquisa poderia ser suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo, portanto, a realização de todas as etapas propostas no estudo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme critérios pontuados no capítulo 3, serão descritos e analisados, neste capítulo, os dados produzidos pela pesquisa realizada com os dezessete enfermeiros/as que trabalham nas ESFs do município de Formiga. Embora haja absoluta predominância do sexo feminino, algo que é histórico na Enfermagem, como assinalam Gonçalves e Sena (1998), esta pesquisa preferiu adotar uma linguagem que privilegiasse a diversidade de gênero, por isso, a utilização das formas no masculino e no feminino.

Havia a previsão inicial de que os/as dezoito enfermeiros/as responsáveis por suas respectivas ESFs do município fossem entrevistados/as. No entanto, a pesquisa foi encerrada com dezessete entrevistas, sem que o fato incorresse em prejuízo para a investigação, já que as informações produzidas foram suficientes para iluminar o problema de pesquisa e os objetivos que dele se desdobram. Não foi possível estabelecer contato com um/a dos/as profissionais, que segundo informações dos/as outros/as entrevistados/as, estava enfrentando problemas relacionados ao núcleo familiar.

Visando atender a uma apresentação mais didática dos dados que foram produzidos pela pesquisa, primeiro foram discutidos e analisados os dados que identificam e caracterizam os perfis dos/as entrevistados/as. Em seguida, foram analisados os dados produzidos a partir da aplicação do roteiro de entrevista semiestruturada. É interessante salientar que nos trechos de falas recortados, vez ou outra, foram utilizados grifos em negrito. Os grifos referem-se a perguntas complementares feitas pelo pesquisador e que não estavam previstas no roteiro previamente estabelecido, e sua realização teve como intuito lançar luz sobre os núcleos temáticos que foram surgindo durante as entrevistas. Essa é, conforme Triviños (2010), uma das vantagens das entrevistas semiestruturadas, que conferem maior flexibilidade ao pesquisador, uma vez que ele pode fazer perguntas não previstas no roteiro, mas que em alguma medida, ajudam estabelecer maior proximidade com o objeto da investigação.

[...] os entrevistadores permitem-se, muitas vezes, explicitar algumas questões no curso da entrevista, reformulá-las às necessidades do entrevistado. Muitas vezes, eles mudam a ordem das perguntas em função das respostas obtidas, a fim de assegurar mais coerência em suas trocas com o interrogado. Chegam até a acrescentar perguntas

para fazer precisar uma resposta ou para fazê-la aprofundar: Por quê? Como? Você pode dar-me um exemplo? E outras tantas subperguntas que trarão frequentemente uma porção de informações significativas (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 187-188).

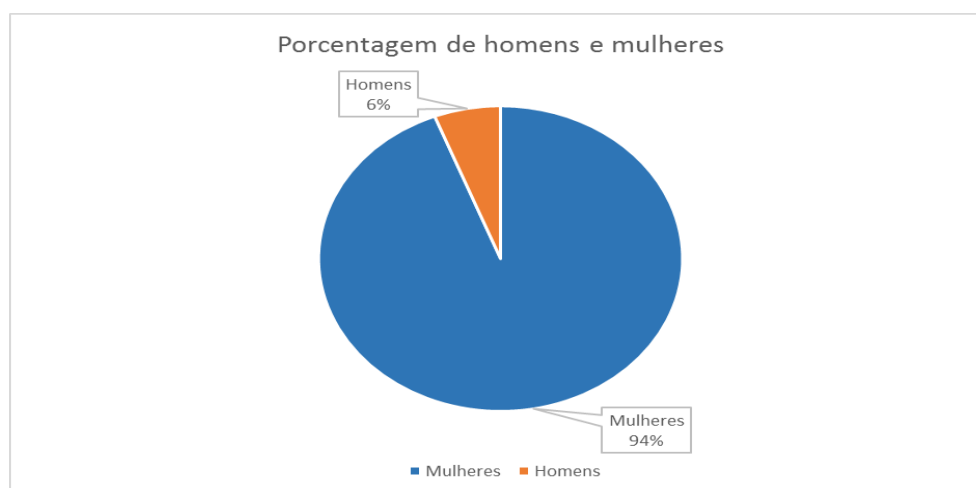
Tomou-se o cuidado para que as perguntas complementares não fugissem ao objetivo da investigação, pois tiveram a função de esclarecer questões que surgiram durante a entrevista e que mantinham relação com núcleos temáticos relativos às experiências de prazer e sofrimento no trabalho.

Frente ao exposto, segue-se à discussão e análise dos dados referentes à identificação e caracterização dos perfis dos/as entrevistados/as por meio de métricas estatísticas de tendência de ponto central e dispersão.

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PERFIS DOS ENTREVISTADOS

Gonçalves e Sena (1998) associam a forte presença feminina na Enfermagem à hegemonia da cultura do patriarcado. As autoras vão além e ainda mencionam: “o paradigma da ciência moderna, fundamentado no patriarcado, que deu sustentação ao modelo biomédico pôs em prática a superação do princípio feminino pelo princípio masculino [...]” (GONÇALVES; SENA, 1998, p. 5). Era esperado, portanto, encontrar, no município de Formiga/MG, no âmbito da atenção primária, mais especificamente nas ESFs, um número de enfermeiras superior ao de enfermeiros. O Gráfico 1 apresenta a proporção entre homens e mulheres e demonstra a superioridade numérica do gênero feminino.

**Gráfico 1 – Porcentagem de homens e mulheres, enfermeiros/as que gerenciam as unidades das ESFs no município de Formiga/MG, 2018.**



Fonte: Autor (2018).

Se vistos a partir da perspectiva do estado civil, os dados do Gráfico 1, podem, no mínimo, sugerir que a possibilidade da dupla jornada de trabalho deva ser considerada como um fator que divide a atenção das trabalhadoras entre o trabalho e as atividades relacionadas ao núcleo familiar, já que historicamente o trabalho doméstico, segundo Lopes (1998), é reservado às mulheres.

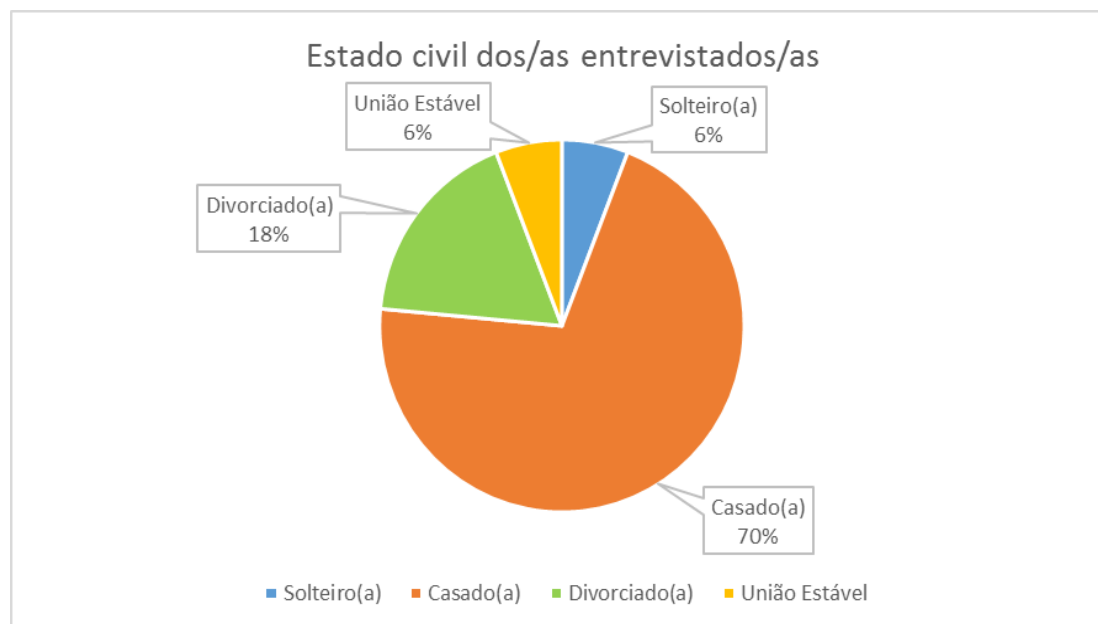
A maioria absoluta dos/as entrevistados/as está em uma união estável (Gráfico 2), correspondendo, desta feita, a 76% dos/as enfermeiros/as. Sendo a maioria formada por mulheres, ficam reforçadas as hipóteses do patriarcado, como sugerido por Gonçalves e Sena (1998), e da dupla jornada de trabalho, conforme Lopes (1988). Lopes (1988, p. 212) ainda afirma que

[...] fica nítida a associação ou o direcionamento no âmbito extradoméstico das mulheres, a determinadas profissões. Ser parteira, professora ou enfermeira não significa apenas uma escolha mas, uma oportunidade que a mulher encontra para por em prática atitudes que aprendeu desde o berço: servilismo, bondade, paciência, dedicação e carinho.

De acordo com a autora supracitada, a dupla jornada de trabalho da enfermeira é um reflexo do servilismo, que é, em última instância, um desdobramento do patriarcado. Quando o servilismo e a bondade se juntam ao cuidado, que é o objeto de intervenção da Enfermagem, e quando todos esses elementos se chocam com a precarização do trabalho, se estabelece, a partir daí, circunstâncias que levam à produção de sofrimento. Desta forma, o/a profissional fica impedido/a de servir e também de cuidar. Em última análise, ele/ela fica impedido/a de trabalhar, pelo menos da forma como gostaria, o que afeta a sua identidade profissional e também a sua identidade pessoal, já que a centralidade do trabalho nas sociedades capitalistas, como demonstra Codo (1989), é um elemento definidor da identidade do sujeito.

A hipótese da dupla jornada de trabalho como expressão do servilismo não se restringe às trabalhadoras em união estável. Ela se aplica, em alguma medida, às enfermeiras divorciadas, pois sendo mães elas empreendem esforços para conciliarem as exigências profissionais com as demandas da maternidade (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

**Gráfico 2 – Estado civil dos/as enfermeiros/as que gerenciam as unidades das ESFs no município de Formiga/MG, 2018.**



**Fonte:** O Autor (2018).

Contudo, é interessante mencionar que o embate, mencionado acima, transcende o choque entre o servir/cuidar e a precarização do trabalho. Ele também mantém relação com a hegemonia do modelo biomédico e com a formação hospitalocêntrica do/a enfermeiro/a, que imbuído/a do ideal do cuidado, alimentado pela concepção de uma prática assistencial curativa, sente-se impotente ao ser impedido de praticar a Enfermagem assistencial. Júnior, Ventura e Bueno (2015) sugerem que esse tipo de prática, comum na graduação em Enfermagem, só faz reproduzir o modelo de formação biomédico e, por sua vez, esse modelo coloca a cura em primeiro plano, donde se entende que o choque assinalado, que é uma notável fonte de sofrimento, transcende a questão da precarização, mesmo ela tendo uma participação não desprezível na determinação da experiência do sofrer.

Todavia, a análise da questão acima assinalada ficará mais clara quando os recortes das falas dos/as profissionais forem analisados. Esses recortes evidenciam o embate entre o servir/cuidar e a precarização do trabalho que, por sua vez, é atravessado por elementos pertencentes ao discurso biomédico, que segundo as observações de Batistella (2007), cristalizou-se junto à institucionalização dos hospitais como local de cura. Não por acaso, o modelo biomédico e o ideal hospitalocêntrico estabelecem uma proximidade que emerge na maneira como as práticas assistenciais são reproduzidas no âmbito da atenção primária e na forma de

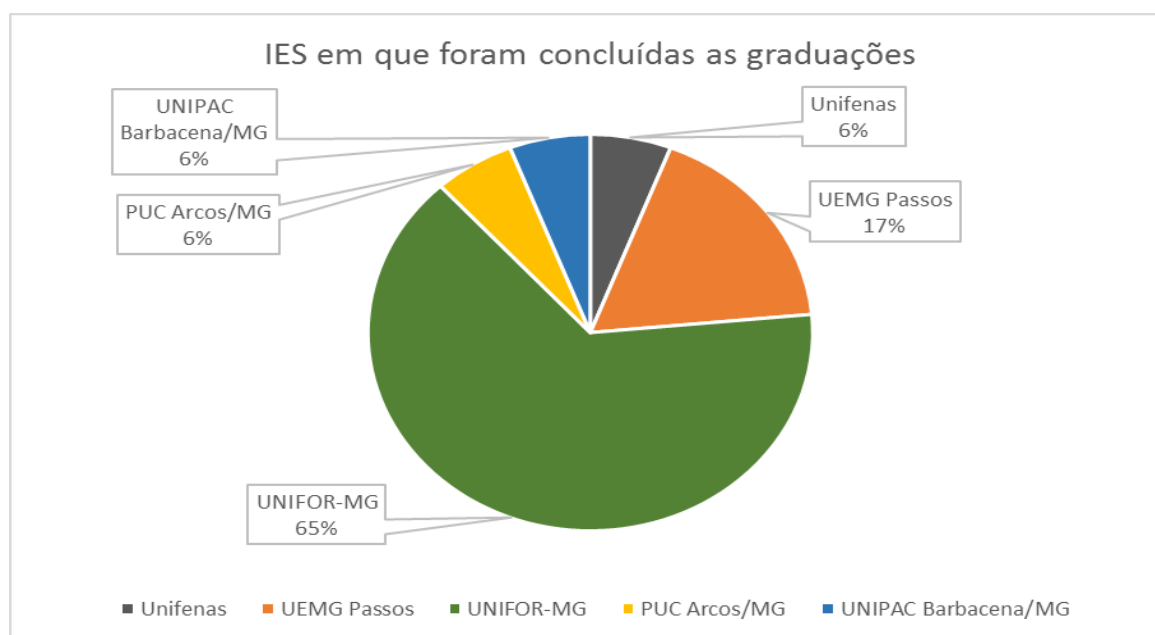


se experimentar o sofrimento produzido pela impotência resultante do cuidado tolhido, que é algo da ordem das atividades suspensas, que na concepção de Clot (2010) constituem o real da atividade.

O notável é que o modelo biomédico, que leva à reprodução de práticas curativas, daí a ênfase na Enfermagem assistencial, é hegemônico mesmo quando a variedade na formação se faz presente. Os/as enfermeiros/as entrevistados/as concluíram suas graduações em diferentes instituições de ensino superior (IES). Pode se pensar a partir daí que existe uma variedade na formação, mas que não é suficiente para romper com o discurso biomédico.

A maioria dos/as profissionais concluiu a graduação em Enfermagem no Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG) (Gráfico 3), fato que decorre, provavelmente, à proximidade, já que a IES fica localizada no município de Formiga/MG. A IES mais distante é a unidade da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) em Barbacena/MG, que dista a 278 (duzentos e setenta e oito) quilômetros da cidade de Formiga/MG. A mais próxima é a unidade da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, localizada na cidade de Arcos/MG, que está a uma distância de 29 (vinte e nove) quilômetros de Formiga/MG.

**Gráfico 3 – IES em que o(a)s enfermeiro(a)s concluíram suas graduações em Enfermagem, Formiga/MG, 2018.**

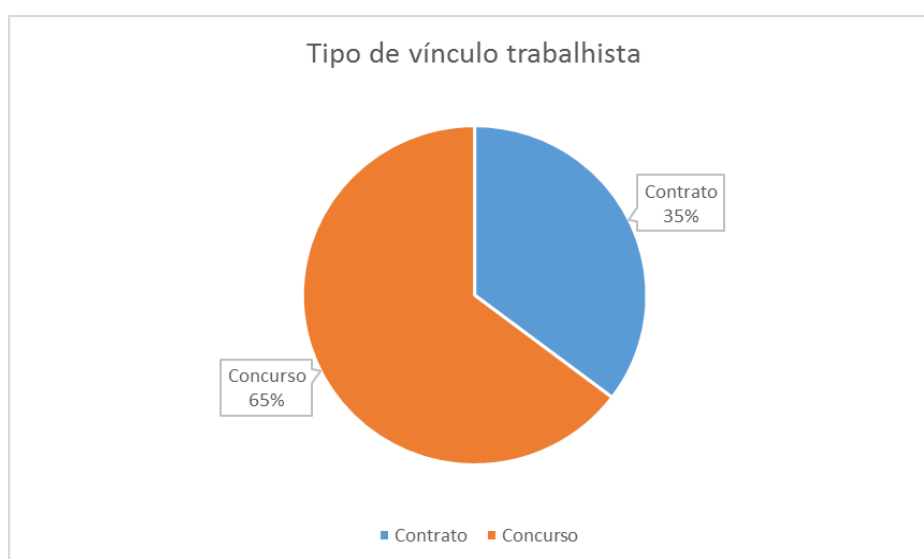


**Fonte:** Autor (2018).

A Universidade do Estado de Minas Gerais em Passos/MG é a única universidade pública. Deste modo, 83% do total das IES são instituições privadas. Os dados não são suficientes para supor qualquer relação entre a formação em IES privadas e a reprodução do discurso biomédico. Como apontam Júnior, Ventura e Bueno (2015), o modelo biomédico, de modo geral, está presente na formação dos/as profissionais da Enfermagem.

Observa-se que 100% dos profissionais entrevistados trabalham privativamente na atenção primária, portanto, não possuem outros vínculos empregatícios. Todavia, isso não é sinônimo de estabilidade no trabalho, de acordo com os dados do Gráfico 4, pois demonstram que 65% dos profissionais foram contratados mediante a realização de concurso público, e os outros 35% ingressaram na atenção primária do município, por meio de processo seletivo.

**Gráfico 4 – Tipo de vínculo trabalhista do(a)s entrevistado(a)s, Formiga/MG, 2018.**



**Fonte:** Autor (2018).

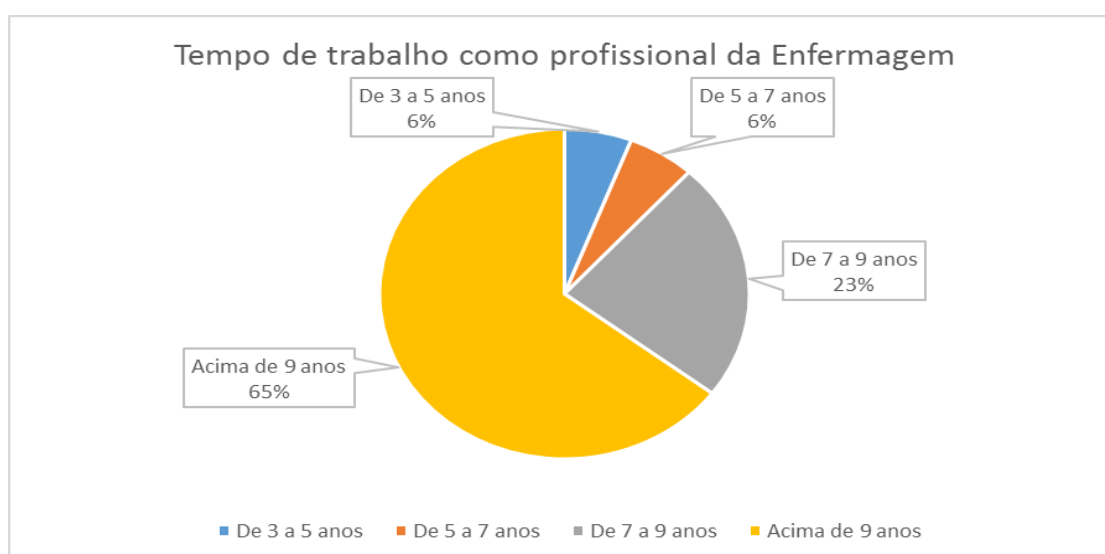
De acordo com os dados, pouco mais de um terço dos profissionais não gozam de estabilidade, mas estão, como os demais, expostos às mesmas condições de sofrimento no trabalho. O entrevistado/a 15 (E 15) mencionou em seu relato que os contratados, via de regra, ficam privados do seu direito de resposta, pois o vínculo trabalhista é marcado pela fragilidade, e a asserção faz algum sentido se comparados os tempos médios de duração das entrevistas de contratados e concursados. Entre os contratados o tempo médio foi de 42,7 minutos com desvio padrão de 11,5 e, entre os concursados, o tempo foi 58,3 minutos com desvio

padrão de 22,3. Fora estipulado um intervalo de 40 a 60 minutos para a duração das entrevistas. O tempo dos contratados se aproximou mais do valor mínimo. Já a duração das entrevistas dos concursados se aproximou mais do tempo máximo. Desta forma, os dados parecem sugerir que a afirmação de E 15 pode fazer algum sentido.

Mesma que haja algum sentido na asserção de E 15, entende-se que a privação não é algo que parta da gestão, mas da própria condição de fragilidade do vínculo trabalhista. E em uma política tão marcada por situações de vulnerabilidades sociais, como é a política de saúde, espera-se que os profissionais façam enfrentamentos para assegurarem os direitos dos usuários, e essas posturas, podem esbarrar, por vezes, em relações de poder estabelecidas verticalmente. Com vínculos trabalhistas fragilizados, os enfrentamentos, tão necessários ao fortalecimento dos serviços ofertados no nível de complexidade da atenção primária, ficam comprometidos.

A hipótese a respeito da exposição de contratados e concursados às mesmas condições de sofrimento no trabalho encontra sustentação nos tempos de trabalho como profissionais da Enfermagem e também na atenção primária. O Gráfico 5 apresenta as informações sobre o tempo de trabalho como profissional da Enfermagem e demonstra que a maioria dos/as profissionais trabalha com/na Enfermagem há mais de sete anos.

**Gráfico 5 – Tempo de trabalho como profissional da Enfermagem, Formiga/MG, 2018.**



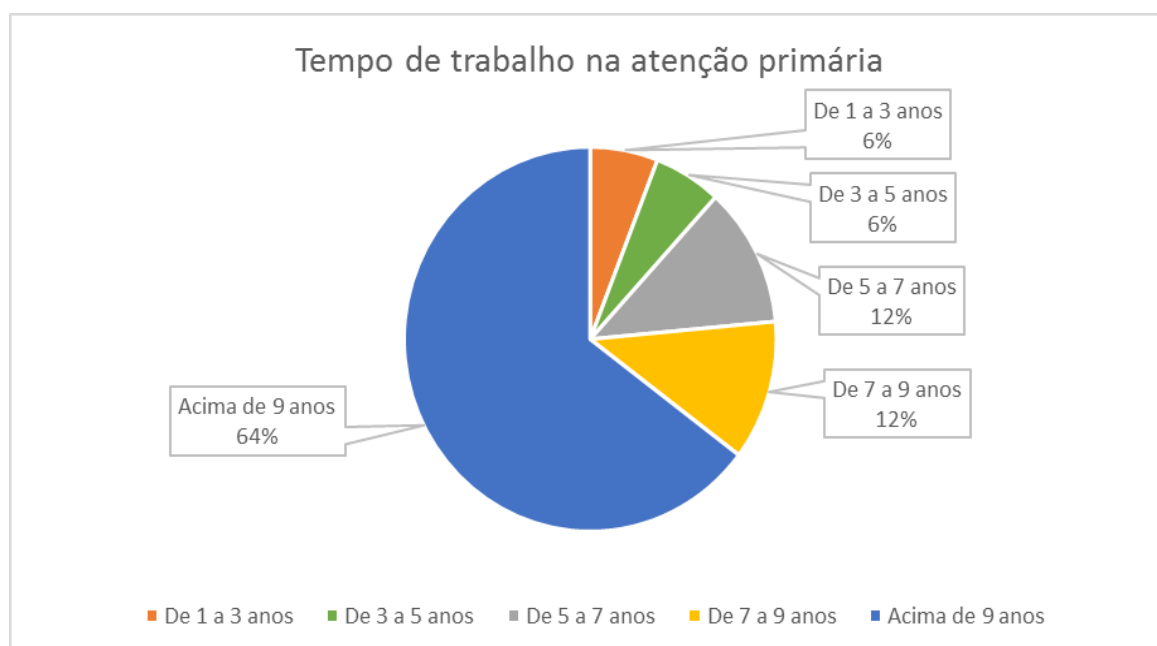
Fonte: Autor (2018).

O período de tempo, que neste caso é superior a sete anos, é suficiente para supor que os/as profissionais entrevistados/as estejam se submetendo à condições geradoras de sofrimento em função da exposição às situações tensiôgenas comuns aos serviços de saúde, e a maioria deles/as, durante as entrevistas, fizeram apontamentos nesse sentido.

Autores como Schmoeller et al. (2011) enumeram algumas das situações citadas anteriormente: a natureza do cuidado, as situações de risco, a hierarquia presente nas equipes de saúde e a desvalorização social. Martins e Zeitoune (2007) ainda mencionam as condições de trabalho precarizadas e as jornadas de trabalho extenuantes.

As informações contidas no Gráfico 5 são confirmadas pelas informações apresentadas no Gráfico 6, que retrata o tempo de trabalho dos/as profissionais entrevistados/as na atenção primária.

**Gráfico 6 – Tempo de trabalho do(a)s enfermeiro(a)s, participantes do estudo, na atenção primária, Formiga/MG, 2018.**



**Fonte:** Autor (2018).

A maior parte dos/as enfermeiros/as trabalha na atenção primária há mais de sete anos, convivendo, de acordo com Medeiros et al. (2006), com as condições de precarização do trabalho, tão presentes no serviço público. Os autores lembram que essas condições acabam se transformando em fontes de sofrimento, e que não é

incomum que o/a trabalhador/a da saúde, em especial o/a enfermeiro/a, se sinta impotente diante dessas situações. Essa análise vai ao encontro dos relatos dos/as profissionais, que demonstram que o sofrimento está intimamente relacionado com a precarização do trabalho, e que, acima de tudo, se sentem impotentes diante desta realidade.

Ao que tudo indica, a maior parte dos/as profissionais concluiu a graduação e teve como um dos primeiros trabalhos a atuação na atenção primária. É possível pensar nessa hipótese comparando o tempo médio de formação, que é de 12 anos com desvio padrão de 4,1 anos, com o tempo de trabalho no âmbito da atenção primária. Já foi ressaltado, que a maioria dos/as profissionais que trabalha na atenção primária do município de Formiga, estão neste nível de complexidade do SUS há mais de sete anos, o que é indicativo da hipótese mencionada, ou seja, terminada a graduação a maioria deles/as acabou ingressando no serviço público, o que pode ter levado a possíveis desencontros entre teoria e prática, já que a formação em Enfermagem tende a ser hospitalocêntrica e baseada na concepção de saúde fundamentada no modelo biomédico, enquanto que o SUS se estrutura de modo a romper com este modelo. Distanciamentos entre teoria e prática podem explicar a origem de muitas experiências de sofrimento, já que na prática, o cuidado, que se realiza preferencialmente através da Enfermagem assistencial, é tolhido por afazeres de outra ordem e pela precarização do trabalho na saúde.

Mas os profissionais não aceitam passivamente o sofrimento. Eles/elas constroem estratégias para enfrentá-lo e também para conciliá-lo às experiências de prazer. Depois de um bom tempo atuando na atenção primária os/as enfermeiros/as construíram suas próprias mediações, enquanto coletivo e também individualmente, para lidarem com as adversidades. Em outras palavras, eles/elas produziram atividades de significação da atividade, ilustrando, assim, a emergência do real da atividade (CLOT, 2010). Com o tempo, a atuação profissional foi sendo moldada pelo tipo de práticas que são exigidas no SUS – práticas que tentam romper com o modelo biomédico ao priorizarem a prevenção, a promoção e a proteção em saúde. De outro modo, com o tempo, a prática foi se reconciliando com a teoria, ou a teoria foi se adequando à prática, e acredita-se que a média de idade dos profissionais, de 38 anos com desvio padrão de 3,5, tenha alguma contribuição nesse sentido, já que o grupo é formado por enfermeiros/as que alcançaram um nível significativo de maturidade profissional e pessoal.

Por fim, 100% dos/as enfermeiros/as indicaram a faixa salarial entre 3 e 6 salários mínimos. O cálculo considera o valor em vigor em julho de 2017, que era de R\$937,00 (novecentos e trinta e sete reais). Houveram poucas queixas sobre os rendimentos salariais. Isso reforça a ideia de que a precarização, que é uma notável fonte de sofrimento, se manifesta muito mais por outras vias, como, por exemplo, através da falta de insumos, por meio de equipes de trabalhos com o número insuficiente de trabalhadores e até mesmo pela ausência de manutenção física nos prédios. Diante de tais condições é importante passar à análise dos dados produzidos pela pesquisa, tentando, assim, elucidar as situações relacionadas às experiências de prazer e sofrimento no trabalho, como também as estratégias construídas para promoverem o enfrentamento do sofrimento e a sua conciliação com as situações geradoras de prazer.

#### 4.2 SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO DO/A ENFERMEIRO/A QUE ATUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE FORMIGA/MG

Tomar o trabalho como categoria ontológica, como foi feito em capítulos precedentes, significa apreendê-lo como atividade metabólica que estabelece, de acordo com Marx (1996a), o intercâmbio entre o homem e a natureza. Por meio deste intercâmbio o homem transforma a natureza para produzir os bens necessários à satisfação de suas necessidades. Deste processo a natureza e também o homem saem modificados. De outro modo, ao atuar sobre a natureza o homem também modifica o seu próprio ser e é neste sentido que se pode falar do trabalho como categoria ontológica, ou ainda como atividade prototípica para todos os outros tipos de atividades humanas. Aliás, esse é, de acordo com Aguiar (2007), um dos pressupostos da Psicologia Sócio-Histórica, já que é por meio da sua atividade no mundo que o homem produz os seus registros psicológicos.

A atividade de transformação da natureza através do trabalho ocorre por meio de um processo, que segundo Marx (1996a), é formado por três elementos: o próprio trabalho, que se trata de uma atividade dirigida para um fim, de uma atividade dotada de teleologia; o objeto sobre o qual o trabalho atua e os meios utilizados para operar sobre ele. Já foi assinalado, conforme Pires (1999), que o processo de trabalho em saúde

[...] tem **como finalidade** – a ação terapêutica de saúde; **como objeto** – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; **como instrumental de trabalho** – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber e **o produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (p. 32 – grifos da autora).

Ainda podem ser enumerados entre os instrumentos tudo aquilo que se faz necessário para a realização do trabalho em saúde, neste caso em específico, para a realização do trabalho do/a enfermeiro/a. O/a enfermeiro/a terá dificuldades para realizar um curativo se não houver soro fisiológico e gaze, por exemplo, terá dificuldades para coletar um exame de preventivo ginecológico se não houver espéculo ou se o espéculo disponível não for de tamanho adequado, ou terá ainda dificuldades para trabalhar com educação em saúde se não for possível reproduzir, de alguma maneira, o material educativo para subsidiar as ações educativas. Todas essas ausências, que dizem do distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, provocam descontinuidades no processo de trabalho e, por sua vez, as descontinuidades ocasionam em sofrimento. Algumas observações feitas pelos/as enfermeiros/as que trabalham nas ESFs do município de Formiga reforçam essa tese.

Teve uma época que faltou tudo, na gestão anterior não tinha nada e nem salário, pois estávamos recebendo atrasado. Como você vai cobrar dos seus funcionários se não está recebendo em dia? Estava muito ruim. Ainda está ruim. Então, assim, a gente já tem salário em dia, que é muito bom, já é motivador, pois as contas não param. Material falta, por exemplo, eu não tenho papel higiênico. A gente tem que trazer de casa. Tem uns quatro ou cinco meses que não tem papel higiênico. [...] A gente compra café, compra açúcar, compra margarina, etc. Deveria ter tudo isso, mas não tem, então, não é um trem que eu vou morrer por causa disso. Eu já comprei soro, já comprei gazinha, comprei esparadrapo, mas não faço isso mais. Se tem para trabalhar eu trabalho, se não tem eu não trabalho, vai lá na secretaria e reclama com o secretário, vai no prefeito e reclama com ele, pois se não tem material não é porque eu não quero, mas é porque não tem mesmo. Para o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) nós compramos muitas coisas. Eu falei que não ia comprar, mas aí eu via as agentes comunitárias comprando eu pensava: “que feiura a minha! Elas estão se desdobrando e eu não estou fazendo nada?” Aí vai na papelaria e compra R\$47,00 (quarenta e sete) reais. Vai na papelaria e compra R\$97,00 (noventa e sete) reais. Essas coisas desgastam a gente, desmotiva demais (E 6).

A precarização e o cuidado como objeto de intervenção aparecem no relato de E 6, como uma unidade dialética. A precarização produz rupturas no processo de trabalho e para evitar as rupturas, que são sistêmicas e estruturais, os/as profissionais utilizam recursos pessoais. Por sua vez, a utilização de recursos pessoais traz quanto o cuidado emerge mesmo em meio às situações de precarização. Esta forma de cuidado, que requer o dispêndio de recursos próprios, é uma forma de cuidar-se contra os desdobramentos produzidos pela precarização do trabalho no âmbito da assistência em saúde. Todavia, é uma estratégia que pode ter efeitos contrários, efeitos deletérios sobre a motivação, já que acentua a consciência sobre as condições de precarização. Quanto mais os/as profissionais se debatem contra a precarização, mais ela tem a possibilidade de se tornar evidente e indutora de sofrimento.

O/a profissional promete não adquirir nenhum tipo de material para a unidade em que trabalha, utilizando, para isso, recursos próprios, mas na eminência de receber a auditoria do PMAQ, não restaram muitas alternativas. Ao ver as agentes comunitárias comprando recursos materiais para receber a auditoria, então, o/a profissional se rende ao impulso de fazer o mesmo. É preciso ver neste impulso determinantes da ordem do objeto de intervenção da Enfermagem: o cuidado. Ao efetuar as compras com recursos próprios o/a profissional diz pra si mesmo que está cuidando, tanto dos usuários quanto dos/as colegas de trabalho, e ao mesmo tempo ele/ela se protege contra os efeitos da precarização. É um cuidado dirigido para o outro, mas também para si. Neste sentido, trata-se de uma estratégia de enfrentamento do sofrimento, que pode falhar ao conferir contornos mais claros à precarização.

No entanto, por outro lado, quando a precarização ganha contornos mais claros, existe, ainda que remotamente, a chance de que ela seja um fator indutor da consciência de classe, que “[...] só é alcançada mediante uma dramática luta contra as mistificações (na qual tem grande relevância o conhecimento veraz da realidade)” (NETTO, 2006, p. 33). Mas como estão todos/as os/as profissionais submetidos às mesmas condições precárias de trabalho, e fazem uso, basicamente, das mesmas estratégias para enfrentarem o sofrimento ocasionado pela ausência de materiais e insumos básicos, que é pela via do dispêndio de recursos próprios, a hipótese da obtenção de consciência de classe não é desprezível, ainda que operem



mecanismos para a captura da subjetividade dos/as enfermeiros/as entrevistados/as. Contudo, convém tratá-la como um evento remoto, porém, possível.

A questão do cuidado, efetivado por meio do dispêndio de recursos próprios, é muito representativa na maioria dos discursos dos/as profissionais entrevistados/as. O relato abaixo é claro, nesse sentido:

Às vezes eu vejo uma pessoa muito sem condição mesmo e eu vejo que precisa daquilo. Já cheguei a pagar, comprar o medicamento com o meu dinheiro. Mas não com um paciente que vem aqui. Por exemplo, esses de casa que têm ferida e tudo, que eu acompanho muito, então, quando eu vou lá na casa deles e vejo a realidade, é muito triste você ver a pessoa em cima de uma cama sofrendo por conta de um medicamento pra dor. Aí eu não aguento e vou lá e compro. Hoje eu não estou com nenhum paciente que precisa disso, mas se tivesse eu faria. Mas aí eu não falo que foi eu que dei, pois se não o paciente fica mal acostumado. Quando eu faço isso eu peço pra entregar e falo que foi uma doação. Porque eu acho que a gente também tem um papel assim de ajudar o outro. Então o que eu posso fazer eu faço. Mas aí eu não demonstro que sou eu, até pra ele não vim cobrar de mim depois, do contrário ele acha que é obrigação minha. Tudo que você faz assim vira obrigação. Então isso me faz sofrer muito! (E 15).

O relato traduz, ao mesmo tempo, a situação de precariedade da saúde pública e a forma como o cuidado se apresenta como estratégia para o enfrentamento do sofrimento. Ele ainda aponta para como a precarização, ao se chocar com o cuidado e colocar obstáculos à sua realização, se apresenta como um dos principais determinantes das experiências de sofrimento. Todavia, é importante analisar como o cuidado, realizado através do dispêndio de recursos próprios, se constitui como mediação para enfrentar o sofrimento, pois a sua utilização com esta significação é uma expressão do real da atividade, ou mais exatamente dos gêneros da atividade. Clot (2010b, p. 125) menciona que os gêneros

[...] designam as factibilidades urdidas em maneiras de ver e de agir sobre o mundo, consideradas, em determinado momento, como adequadas no grupo dos pares. Trata-se de um sistema flexível de variantes normativas e de descrições, comportando diversos cenários e um jogo de indeterminação que nos diz como funcionam aqueles com quem trabalhamos, como agir ou abster-se de agir em situações precisas; e como conduzir a bom termo as transações interpessoais exigidas pela vida em comum, organizada em torno dos objetivos de ações.

Quem disse que os/as enfermeiros/as devem utilizar recursos próprios para assegurar que o cuidado se efetive? Não há nenhuma prescrição normativa que obrigue os/as profissionais a agirem desta forma, mas eles se sentem compelidos a tal. Trata-se de um sentimento que tem origem no gênero da atividade, que está profundamente enraizado na memória histórica da profissão. O/a enfermeiro/a sente que o cuidado é uma obrigação e seus contornos se definem, via de regra, por meio de atitudes como a obediência e a dedicação (ELIAS; NAVARRO, 2006).

O não cuidar é sentido como uma espécie de traição aos preceitos profissionais, colocando, assim, entre o/a enfermeiro/a e o cuidado, que é o objeto de intervenção da Enfermagem, um distanciamento que poderia comprometer a avaliação a respeito da própria atuação profissional. Desta forma, ele/ela cuida para não se distanciar dos preceitos da profissão, dos seus rituais não oficiais, mas também o faz para se sentir aceito por seus pares e por aqueles que são cuidados, conduzindo, assim, “[...] a bom termo as transações interpessoais exigidas pela vida em comum [...]” (CLOT, 2010b, p. 125). Mas, sobretudo, é preciso ressaltar, que os/as enfermeiros/as cuidam para se sentirem aceitos/as por si mesmos/as, já que a precarização do trabalho coloca em risco as suas identidades profissionais. No entanto, esse processo de aceitação, pode se tornar, em algum momento, conflituoso, como assinala, por exemplo, E 17:

Eu já tirei muitas vezes do meu dinheiro pra pagar exames de pacientes. Por exemplo, tem paciente aqui que reclama que não tem R\$3,00 (três reais) pra pagar uma lotação e ir no centro fazer um exame. Então, assim, a longo prazo eu fui aprendendo a lidar com isso. Eu até brinco que deve estar escrito trouxa na minha testa, pois muita gente me faz de bobo/a! (Risos).

É interessante notar que o cuidado, ao aparecer como gênero da atividade, ajuda a lidar com o sofrimento, mas também pode colocar o/a profissional diante de situações conflituosas. O/a entrevistado/a diz sentir-se bobo/a por ter tirado dinheiro do próprio bolso para ajudar um usuário a pagar uma passagem de ônibus. Todavia, ao mesmo tempo, ele/ela ri da situação, o que indica que a modulação de humor, apontada por Dal Pai e Lautert (2009), como estratégia para se defender das adversidades, é uma mediação construída para possibilitar o enfrentamento do sofrimento. Ele/ela pode se sentir trouxa, pode atribuir a si mesmo/a esse rótulo, mas dificilmente aceitaria que ele fosse atribuído por outrem. Trata-se, então, de

uma estratégia em que os afetos são transformados no seu contrário. A contrariedade de se sentir trouxe é transformada numa situação bem humorada, permitindo, assim, que o sofrimento seja não somente enfrentado como também transformado em uma situação do qual se pode extrair algum prazer.

Nessa perspectiva, a modulação do humor também é uma maneira para que seja promovida a conciliação entre sofrimento e prazer no trabalho indicando, assim, que todo o potencial do real da atividade, mesmo latente, encontra meios para se manifestar, demonstrando, deste modo, que há no trabalho um espaço para a subjetividade. Em outras palavras, todas as atividades tolhidas pelas condições de precarização do trabalho, que constituem o que Clot (2010) chama de atividades suspensas e impedidas, e que são formadoras do núcleo central do real da atividade, encontram na modulação do humor o meio para se manifestarem. Essa é, portanto, uma das estratégias utilizadas para que o sofrimento seja ao mesmo tempo dissimulado e alçado à condição de experiência produtora de prazer. Mas, essa não é a única estratégia, como relata E 17:

Eu trabalho com a terapeuta ocupacional aqui e vira e mexe eu falo assim: “me fizeram de bobo/a de novo né”?! Ela ri e fala assim: “não é assim, não é que você se deixa levar, é porque a situação naquela hora realmente foi de sofrimento”.

Os/as outros/as profissionais que fazem parte da equipe acabam oferecendo suporte emocional nos momentos em que surgem as adversidades. Nesse sentido, as relações interpessoais entre os membros das equipes se transformam em mediações importantes para que o sofrimento seja expressado de alguma forma. Uma vez expressado, projetado para além do próprio eu, o/a profissional tem condições de se desvencilhar de suas amarras ou de olhá-lo de uma outra perspectiva, principalmente quando recebe dos/as colegas algum *feedback*. O *feedback* é um espelho para a experiência emocional projetada, que reincorporada à subjetividade se transforma em meio para o crescimento pessoal e também profissional. Considerando, desta feita, que ele é portador de uma carga efetiva, acaba envolvendo, de acordo com Clot (2010b), os sentidos das atividades que afetam o sujeito por meio da mediação da atividade que resulta das ações empreendidas pelos outros, e é neste exato sentido que o *feedback* se transforma em meio para o crescimento pessoal e profissional. Ou noutros termos, trata-se de

uma atividade que “[...] é endereçada, dirigida, *simultaneamente*, para seu objeto e para as outras atividades que incidem sobre esse objeto, sejam elas do outro ou, ainda, de outras atividades do sujeito” (CLOT, 2010b, p. 7 – grifo do autor).

Em última instância, as relações interpessoais são instrumentos psicológicos que permitem que a experiência do sofrimento seja transmutada em fonte de desenvolvimento pessoal. Por meio delas, os/as profissionais se apropriam de suas próprias experiências, e nesse processo de apropriação, como salienta Furtado (2011, p. 68), são constituídos “[...] aspectos subjetivos de registro e significação [...]” que criam incessantemente a possibilidade do novo, daquilo “[...] que ainda não estava pensado ou significado” (FURTADO, 2011, p. 68). As relações interpessoais como instrumento psicológico também ganham relevo nas observações de outros/as entrevistados/as e E 1 fala abertamente sobre a questão:

Eu chorava muito. Hoje eu falo demais, converso, sou um falatório em pessoa, pois ir embora a gente não pode. A gente fala com os colegas. [...] Eu falo que é uma família mesmo. É gostosa a nossa convivência, tem umas coisinhas assim, mas nada de brigar, de chorar, de ir lá reclamar um para o outro. Eu gosto de desabafar com as meninas. Tipo um caso compartilhado, pra eu desabafar.

A vinculação afetiva é mais facilmente estabelecida com os/as colegas de trabalho. Não que ela não se estabeleça com os pacientes, mas os/as colegas compartilham das mesmas situações de sofrimento, que usualmente surgem de impasses com os usuários ou do processo de precarização do trabalho. O trabalho, uma vez precarizado, coloca empecilhos para que sejam atendidas as demandas da população, e é daí que surgem diversas situações que resultam em sofrimento.

Como forma de lidar com o sofrimento citado anteriormente, uma das alternativas encontradas pelos/as profissionais da Enfermagem, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, é estabelecendo vinculações afetivas com os/as colegas de trabalho. Há que se pensar, desta feita, em meios para o fortalecimento dessas vinculações, bem como das relações que os/as profissionais da Enfermagem estabelecem entre si enquanto categoria profissional. Essas relações podem fortalecê-los ou dispersá-los nos esforços que empreendem para enfrentarem as adversidades comuns ao cotidiano do trabalho, e de certa maneira, pode-se afirmar que elas afetam todos os/as enfermeiros/as de modo mais ou menos uniforme, tanto é verdade que eles/elas criaram um grupo que se reúne

mensalmente para promover a educação permanente e a discussão de problemas que são comuns a todas as unidades.

Um dos objetivos para a criação do grupo, segundo ele/elas, foi o de repor o *déficit* existente com relação a promoção da educação permanente em saúde (EPS). Inexiste no município de Formiga/MG uma equipe responsável pelo planejamento das ações de educação permanente, algo que poderia fomentar reflexões sobre os problemas que criam obstáculos para a oferta dos serviços no âmbito da atenção primária. Aliás, a formação de um consórcio regional poderia se configurar como uma iniciativa capaz de criar um núcleo de EPS na microrregião do centro-oeste de Minas Gerais. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) diz que

todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento (BRASIL, 2009b, p. 35).

Nos casos em que o município tenha dificuldades para “[...] formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma [...]” (BRASIL, 2009b, p. 35), o que não é incomum, haja visto, por exemplo, a situação da cidade de Formiga/MG, a PNEPS orienta que se formem consórcios regionais:

Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2009b, p. 35).

Não se deve desprezar os resultados que podem ser produzidos pelo investimento em EPS, já que ela

[...] possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009, p. 49).

E os impactos positivos são produzidos porque a EPS permite que sejam detectados os problemas experimentados no trabalho em sua cotidianidade, apontando, assim, para alternativas que demonstram que as maneiras usuais de agir e de pensar são insuficientes e insatisfatórias no que tange ao enfrentamento das adversidades (ANDRADE et al., 2016).

De acordo com esta perspectiva apontada por Andrade et al. (2016), a EPS configura-se conforme a lógica em que a necessidade de formação parte do cotidiano do trabalho, em seus modos de organização e realização, e acaba retornando a ele para transformá-lo. Mais do que isso, a EPS deve atender às demandas reais dos/as trabalhadores/as e usuários do SUS, o que cria as circunstâncias favoráveis para que o real da atividade, formado pelas atividades em suspenso, se manifeste. E, nesse sentido, ela pode ser aproximada da proposta da Clínica da Atividade, que tem como princípio a assertiva de que a ação transformadora do trabalho deve ser empreendida pelos próprios trabalhadores, sendo essa, uma forma de restituição do poder de agir (CLOT, 2010b).

Segundo Clot (2010b, p. 111), o poder de agir se liga à saúde no exato sentido em que

[...] a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros. Ela está ligada à atividade vital de um sujeito, àquilo que ele consegue, ou não, mobilizar de sua atividade pessoal no universo das atividades do outro; e, inversamente, àquilo que ele chega, ou não, a utilizar das atividades do outro em seu próprio mundo.

Deste modo, a EPS pode ajudar a restituir o poder de agir, assegurando, portanto, mais saúde no trabalho para os/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, já que tornaria viável a mobilização dos recursos pessoais, que entrariam em ação quando as atividades intercruzadas ganhassem a forma de operações concretas e transformadoras, ou seja, quando as atividades, atravessadas umas pelas outras, levassem ao empoderamento individual e coletivo, permitindo, por sua vez, de acordo com Clot (2010b), que os sujeitos viessem a viver sem defesas ou que fossem capazes de superá-las “[...] no momento em que elas se tornam normas de vida restritivas” (CLOT, 2010b, p. 111). Na perspectiva da Clínica da Atividade, essa capacidade de superação define o que é saúde (CLOT, 2010b).

Ferreira; Périco e Dias (2018) ainda salientam um outro aspecto importante da educação permanente que merece ser destacado. De acordo com as autoras, os espaços de educação permanente contribuem para que seja promovida

[...] a reflexão crítica sobre o próprio fazer, articulando a prática com a reflexão e novos conhecimentos (o fazer e o pensar sobre o fazer) – construindo um movimento cíclico no universo do trabalho, possibilitando a superação de estados de alienação provocados pela imersão no estado de sobrecarga de trabalho (p. 756).

Formar, portanto, um grupo que se reúne mensalmente para colocar em prática a EPS, que é realizada pelo município de forma descontínua, e para discutir os problemas comuns ao cotidiano do trabalho, é uma maneira de colocar em ação o poder de agir, de tentar superar as adversidades de modo que a saúde dos/as profissionais da Enfermagem seja, em certa medida, preservada. O poder de agir, uma vez colocado em ação, também contribui para a superação dos estados de alienação que são provocados pela sobrecarga de trabalho (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Nesse sentido, o grupo é um instrumento político, e é também um instrumento psicológico, pois ele confere um *quantum* de empoderamento individual e também coletivo, uma vez que dele já saíram decisões coletivas que beneficiaram os/as enfermeiros/as como um todo. Os/as profissionais fizeram observações que reforçam esse entendimento.

A nossa insalubridade era sobre o salário mínimo e a gente conseguiu passar ela sobre o salário base. [...] A turma não sabe o poder que tem nas mãos. Os próprios colegas, dentistas e médicos, falam: “gente, vocês são bobas demais, pois têm um poder e não sabem usar” (E 15).

Na fala de E 15 o grupo, que é chamado de PEP (Programa de Educação Permanente) por alguns e de PEC (Programa de Educação Continuada) por outros, aparece como instrumento que conferiu empoderamento coletivo no momento de renegociação da insalubridade. Mas ele também foi importante em um outro momento em que a categoria lutou por aumento salarial: “[...] O último aumento que nós tivemos, há cerca de três anos, foi discutido no PEP, e aí a gente fez documento e levou pra câmara para aprovação e nós conseguimos”. (E 17). Então não se trata de um instrumento qualquer. É um instrumento psicológico no exato sentido do termo, pois permite que os/as profissionais se apropriem da realidade dos seus

trabalhos e a ressignifiquem, e é também um instrumento político na acepção mais exata que ele possa possuir, uma vez que a ressignificação de experiências vividas no contexto do trabalho transforma o poder de agir em ações concretas. O PEP configura-se, ainda, como uma estratégia de enfrentamento do sofrimento, e pode ser compreendido nesta perspectiva com base em uma definição mais ampla sobre o que se entende por estratégia, que segundo Morin (2003), é um conjunto de ações destinadas ao enfrentamento de um ambiente de incertezas.

E o trabalho do/a enfermeiro/a que atua na atenção primária do município de Formiga/MG é marcado por incertezas, principalmente quando se leva em conta o quanto ele é afetado pela precarização, que por sua vez, assume diversas expressões. Eis algumas dessas expressões:

Agora o burocrático é muito serviço pra gente, pois aqui em Formiga a gente recebe uma tal de gerência pra melhorar o nosso salário, que não chega a R\$300,00 (trezentos reais). Então pra melhorar um pouco do nosso salário foi inventada essa bendita gerência e por causa dessa gerência todo mundo acha que eu tenho que resolver todos os problemas. Então fechar ponto, justificar ponto, e agora colocou ponto biométrico, mas ele manda para o e-mail da gente os pontos de todo mundo e eu tenho que sair justificando. Eu tenho que dar notícia de tudo: de falta, férias, doença, de tudo. Mas não tem jeito de sair desse burocrático, pois tem meta e atrás de meta tem recurso, etc (E 6).

O pagamento da gerência, que a princípio tem a finalidade de remunerar os/as profissionais pela execução da Enfermagem gerencial, acaba escamoteando uma das formas de expressão da precarização do trabalho no âmbito da assistência em saúde: a sobrecarga de trabalho. Ferreira; Périco e Dias (2018) confirmam a hipótese de que os/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária estão trabalhando sob um regime de sobrecarga de trabalho. Segundo as autoras, a sobrecarga tem relação com o fato de que neste nível de complexidade as atividades profissionais estão muito mais voltadas para a gerência do que para a prática do cuidado, e elas sugerem algumas alternativas para o enfrentamento deste problema:

Em relação à sobrecarga de trabalho do enfermeiro com atividades administrativas, gerenciais e de apoio ao funcionamento do serviço de saúde, a organização da demanda espontânea e a infraestrutura há a necessidade imediata de uma gestão de processos compartilhada entre toda a equipe para que o trabalho clínico desse



profissional não seja aprisionado por atividades que, em sua essência, não contemplam o seu principal objeto de intervenção ou compor as equipes da APS com um número maior de enfermeiros para que eles possam realizar com efetividade nestes serviços o trabalho nessas duas dimensões (cuidado e gestão) (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018, p. 756).

No entanto, é muito mais interessante ao erário municipal remunerar pela gerência do que contratar gerentes para as ESFs, o que é revelador sobre o quanto a concepção de Estado mínimo se encontra enraizada na mentalidade dos gestores públicos no Brasil, e que em Formiga/MG tem tomado forma, por exemplo, por meio das demissões de médicos/as que trabalham na atenção primária, não atingindo, portanto, somente os/as profissionais da Enfermagem. As demissões foram justificadas pela secretaria de saúde, segundo informa o Jornal Últimas Notícias (2018), em função da ausência de recursos. Todavia, tais estratégias colocam em risco a qualidade na prestação dos serviços no âmbito da saúde, além de fazer com que os trabalhadores trabalhem com uma considerável sobrecarga de trabalho.

Outra observação merece nota em função da sua relevância. O/a profissional assinala que existem metas e que o repasse de recursos está associado ao seu cumprimento. Todavia, as condições de trabalho, marcadas pela precarização, colocam obstáculos para que as metas sejam alcançadas, e tudo indica que se trata de um problema estrutural, pelo menos é o que sugere a observação de E 10:

Agora até melhorou, pois já chegou ao ponto de faltar esparadrapo, gaze, que foi no final da última gestão, quando o último prefeito saiu, estava faltando tudo mesmo. A gente chegou ao ponto de ficar sem pomadas e agora é que está voltando a ter pomadas para curativo. E tudo o paciente tinha que comprar, pois só tinha mão de obra. Atadura chegou a faltar. Por exemplo, a gente está em período de dengue e não temos soro oral pra darmos para o paciente e ele tem que comprar. Eu já solicitei, mas é aquele negócio, vai chegar, mas o período de risco de dengue já começou tem um bom tempo, desde agosto e setembro e já estamos no final de novembro. Esse soro deve chegar lá pela segunda quinzena de dezembro ou primeira quinzena de janeiro. Vem, mas demora. Tinha que ter planejado isso antes, mas não fizeram. Vacina é outro caso, às vezes o município tem todas as vacinas, mas não chega no posto, pois não tem transporte da secretaria pra cá. **A secretaria de saúde não tem transporte próprio?** Tem, mas nunca tem carro disponível, pois estão quebrados ou transportando paciente. Então chega tudo muito atrasado. Dá pra trabalhar, eu gosto do que faço, mas isso cansa, pois trabalhamos no limite. A gente fica tentando remendar e tapar buraco (E 10).

A ausência de transporte é indicativa de que a precarização da saúde é um problema estrutural. Não faltam apenas insumos, mas, também, equipamentos para o transporte de vacinas, o que coloca em risco o pilar da proteção em saúde. Colocar em risco um pilar tão importante é representativo de que se trata de um problema estrutural que não atinge somente o município de Formiga/MG. Por sua vez, este problema acaba fazendo com que os/as profissionais trabalhem quase sempre no limite, que eles trabalhem “remendando” e “tapando buraco”, o que sinaliza, de algum modo, que é baixa a capacidade de resolubilidade produzida pelo trabalho dos/as enfermeiros/as do município de Formiga/MG. Pelo menos é essa a impressão que eles/elas têm a respeito do próprio trabalho. De outro modo,

a cobrança que se impõe aos enfermeiros não é proporcional às condições que lhes são dadas para responder com qualidade às prerrogativas da saúde da família e ao atendimento da demanda espontânea. Sendo assim, observa-se a vivência de situações conflituosas nas tomadas de decisões, pois reconhecem que alguma atividade terá que ser negligenciada, em geral suas atribuições específicas, para que outra seja realizada, ocasionando sentimentos de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho [...] (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018, p. 754).

Alguns elementos que aparecem na fala de E 10 sugerem o quanto o sofrimento de “remendar” e “tapar buraco” esteja, possivelmente, relacionado à hegemonia do modelo biomédico no âmbito da assistência em saúde. O/a profissional fala da ausência de gaze e pomadas para curativo, da ausência de ataduras e de soro para reidratação oral. Em todos esses casos as ações de saúde estão sendo pensadas depois que a doença já se instalou. Não por acaso, Assis et al. (2015, p. 334) afirmam que o cuidado nos serviços de saúde é caracterizado “[...] pelo baixo impacto das ações produzidas e pela insatisfação dos usuários em relação ao sistema”, e que por isso ele precisa ser repensado, já que essas ações, que lhe conferem materialidade,

[...] têm como uma das fragilidades a estruturação da rede de saúde, ainda centrada em procedimentos, com um núcleo tecnológico que valoriza os saberes e práticas biomédicas como eixos norteadores da produção dos atos de saúde (ASSIS et al., 2015, p. 334).

As autoras ainda afirmam que

as práticas de saúde e de enfermagem persistem com características do modelo médico biologizante, mecanicista, profissional centrado, que enfatiza a superespecialização, em detrimento de um agir em saúde que seja capaz de apreender as necessidades mais abrangentes dos usuários e famílias, num contexto que vise um cuidado integral (ASSIS et al., 2015, p. 337).

O modelo biomédico não está presente somente nas práticas de saúde e de Enfermagem, ele também se reproduz nos comportamentos dos usuários.

Eles não querem a minha consulta, eles não querem a sua consulta de psicólogo, eles querem a consulta da médica. Se a médica falar assim: “seu exame está ótimo. A urina está ótima, só tomar muita água para esse rim drenar, fazer exercício físico, etc”. Eles dizem que ela é péssima porque não pediu nenhum exame (E 1).

Na mentalidade coletiva ainda é hegemônico o modelo da medicina curativa. Este tipo de postura ainda traduz as relações de poder tipicamente capitalistas, já que em função da divisão social e técnica do trabalho a consulta do médico acaba tendo mais valor do que a consulta de Enfermagem ou do que a consulta de qualquer outro profissional da saúde. Isso coloca o médico no centro das ESFs. É como se as unidades dependessem unicamente da presença do profissional da medicina para funcionarem, o que não deixa de causar um certo incômodo aos/às enfermeiros/as.

Por mais que o usuário venha aqui no PSF, no fim das contas ele só enxerga o médico. Então PSF quando fala que não tem médico, aí o usuário pergunta o que ele vai fazer na unidade. E não é só isso. [...] Eles querem médico! Tem uns raros que participam de uma reunião do dia do diabético, do hipertenso, tem aqueles que vão, mas são raríssimos. É uma fatia bem pequena da população. [...] É um desafio, e eu acho que tem muito a melhorar. Tem que melhorar muito a conscientização dos usuários de que aqui no PSF a gente não é uma urgência (E 14).

É compreensível que os profissionais se sintam incomodados com a baixa adesão dos usuários e apelem para a conscientização como meio para promover maior envolvimento entre população e equipe de saúde. No entanto, em um país em que a noção de direito social é uma construção tão frágil, a consciência de que direitos devem ser acompanhados por deveres não poderia ser diferente, ou seja, um usuário que desconhece os seus direitos dificilmente terá consciência a respeito dos seus deveres, de que seu envolvimento com os serviços podem assegurar uma

oferta mais ampla e também com maior qualidade. Esse é o reflexo de um país cuja formação sócio-histórica é marcada por uma ausência de protagonismo da classe trabalhadora na formatação e planejamento das políticas públicas.

No Brasil, segundo Santos (2012), as reformas geralmente ocorrem pelo alto e esta é uma forma de dissociar as conquistas do protagonismo das classes subalternas, de subtrai-las do jogo político. Já Chauí (2016) lembra que a estrutura da sociedade brasileira é autoritária, sendo fortemente hierarquizada, e por isso as relações sociais são da ordem do mando e da obediência, o que demarca, desta forma, a ausência de protagonismo das classes subalternas na formação sócio-histórica brasileira.

As observações de Santos (2012) e de Chauí (2016) ajudam a explicar os últimos acontecimentos que sacudiram o cenário político brasileiro, que são expressões deste traço histórico da formação sócio-histórica do Brasil. Direitos sociais foram subtraídos dos trabalhadores sem que eles pudessem participar dos processos decisórios que levaram ao desmonte de direitos trabalhistas e ao congelamento do orçamento das políticas sociais por vinte anos.

Paulani (2016) afirma que a medida de congelamento do orçamento das políticas sociais já estava prevista no programa *Uma Ponte Para o Futuro*, de autoria do governo de Michel Temer e sua equipe, desde outubro de 2015, antes mesmo do impedimento da presidenta Dilma Rousseff. Segundo Paulani (2016 p. [61]),

[...] o programa de Temer fala claramente em acabar com a obrigatoriedade constitucional dos gastos com educação e saúde, o que significa menos escolas e creches e menos verbas para as universidades públicas e para valorização dos professores em todos os níveis. Significa também a impossibilidade de terminar e aprimorar a construção do SUS, o fundamental e civilizatório Sistema Unico de Saúde do Brasil (o ministro da saúde de Temer já disse, aliás, num arroubo de sinceridade, que o SUS não pode ser para todos).

Após o impedimento da presidenta Dilma houve um conjunto de reformas que atingiram de modo significativo a classe trabalhadora, e que constituem, por assim dizer, o que foi chamado de *Ponte Para o Futuro*. Deste modo, trabalhadores foram e são continuamente privados dos seus direitos, e eles chegam nos equipamentos de saúde tão fragilizados que não apresentam nenhuma disposição para se envolverem com os serviços ofertados. Por isso, eles não participam das reuniões dos diabéticos e nem dos hipertensos, o que na fala de E 14 acaba

aparecendo sob a forma de um sentimento de incômodo, mas desacompanhado da possibilidade de análise do conjunto dos fatores sociais e históricos responsáveis pela baixa adesão aos serviços de promoção em saúde.

Nessa realidade existem fatores da ordem da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e fatores relacionados à hegemonia do modelo biomédico. Um SUS que almeja alcançar os usuários das políticas de saúde deve ser capaz de atender para esses fatores, o que reforça a necessidade de valorização da EPS como eixo norteador das ações desenvolvidas na atenção primária e em todos os outros níveis de complexidade do sistema.

Uma outra forma de expressão da hegemonia do modelo biomédico nas práticas de saúde é através do estabelecimento de relações de poder, e E 17 traduz essas relações da seguinte maneira:

E o problema que os profissionais (médicos) não tem nem a boa vontade de escrever mesmo no encaminhamento. A maioria deles escreve (mostrando alguns encaminhamentos) tipo assim: “corrimento sem melhora”. Aí não especifica qual que é, porque assim fica mais difícil também. A maioria escreve assim: “ortopedia” (mostra um encaminhamento pra provar). Sem detalhes! O que eu faço? Eu sento com o paciente aqui, quando tem oportunidade, pois nem sempre eu tenho e pergunto sobre o que está acontecendo e coloco tudo a lápis no formulário. **Mas não devia chegar pronto pra você?** Claro, pois aqui existe um espaço (mostrando o formulário de encaminhamento) chamado motivo do encaminhamento. Esse espaço aqui, na maioria das vezes, ele vem em branco ou vem desse jeito aqui: “corrimento sem melhora”. Aí eu tenho que chamar a paciente, ver qual é o tipo de corrimento, pois dependendo do corrimento ele é grave, pois pode ser DST e tem que ser tratado. Dependendo do corrimento pode aguardar ou eu mesmo/a posso encaminhar para o médico pra resolver. Então, assim, isso dificulta mesmo, pois aí a gente passa a fazer um trabalho investigativo (E 17).

A divisão social e técnica do trabalho produzem relações de poder que se fazem evidentes na operacionalidade cotidiana do trabalho. A ausência de informações no prontuário de encaminhamento gera sobrecarga de trabalho para os/as enfermeiros/as e demonstra como se faz hegemônico o modelo de saúde biomédico, um modelo que não se implica com o exercício da cidadania. É o saber do médico se impondo sobre os demais saberes. É um saber que não se importa com as consequências que podem se desdobrar da ausência de informações no prontuário, consequências que atingem os usuários e os profissionais que formam

as equipes das ESFs, sendo necessário evidenciar que essa é uma observação feita pela maior parte dos/as profissionais entrevistados/as.

Como se não bastasse a ausência de informações mais detalhadas nos prontuários, que fala da forma como se estabelecem as relações de poder entre profissionais da medicina e os demais profissionais, incluindo aí o/a Enfermeiro, existe ainda a ausência de informações produzidas pela não realização da contra referência, que foi um problema apontado por todos/as os/as entrevistados/as.

Pouquíssimos profissionais fizeram a contra referência. A gente tem retorno através do agente comunitário, quando tem, pois nem sempre consegue também. E, assim, a mente da gente não lembra sempre também de todos os pacientes, de todas as demandas (E 17).

A ausência de contra referência é uma expressão da luta travada entre médicos/as e as demais categorias profissionais da saúde. Mas os exemplos não se esgotam na ausência de contra referência. O/a entrevistado/a 6 menciona que: “A doutora entra na minha sala, me chama toda hora, me manda ligar no hospital, acho que pensa que eu sou secretária. Mas é incrível, pois os pacientes não brigam com o médico”.

A relação entre Enfermagem e Medicina é perpassada por relações de poder. Nesta relação a Enfermagem é uma mera coadjuvante. O seu papel é de assistência e suporte ao saber do/a médico/a. A mesma relação de poder existente entre Enfermagem e Medicina se estende aos usuários do sistema. No centro está o saber do médico e tudo mais gira ao seu redor, por isso o usuário não faz oposição aos profissionais da medicina. A oposição é transferida para a relação que se estabelece entre eles e os/as enfermeiros/as.

Há que se entender que o embate entre Enfermagem e Medicina é algo histórico, já que foi pela subserviência ao saber do médico, algo que remonta à Florence Nightingale e às raízes da Enfermagem moderna (GOMES et al., 2007), que os/as enfermeiros/as foram conquistando seu lugar no espaço socio-ocupacional dos hospitais, o que resultou, em certa medida, na institucionalização da profissão e na consolidação das práticas de Enfermagem fundamentadas no modelo biomédico. É importante não perder de vista a perspectiva histórica, pois ela ajuda iluminar as relações de poder que são estabelecidas entre médicos/as e enfermeiros/as.

Em sua memória histórica, a Enfermagem ainda é uma profissão que serve de apoio ao saber médico, e essa subserviência, que precisa ser enfrentada pelos/as enfermeiros/as, somada à precarização do trabalho na saúde pública, dificulta a realização da consulta de Enfermagem no âmbito da atenção primária, que não deve ser feita de modo a reproduzir os referenciais do modelo biomédico, o que está de acordo com Ferreira; Périgo e Dias (2018), que assinalam que nem sempre o/a enfermeiro/a que atua neste nível de atenção consegue realizar a consulta de Enfermagem integralmente. O ideal é que a consulta de Enfermagem tenha como horizonte a busca pela saúde, mas uma saúde pensada de modo que seja possível extrapolar os limites normativos estabelecidos pela biomedicina, que tem um caráter puramente tecnocientífico, e que por isso coloca em primeiro plano apenas a normalidade morfofuncional (ASSIS et al, 2015). Nesta perspectiva, deve se buscar por uma saúde que se expresse

[...] como um valor de caráter contrafático e intersubjetivo que nunca será completo, pois depende da busca incessante e contínua das ideias de bem-viver enquanto se está vivo, ou seja, a busca da saúde se orienta por uma espécie de horizonte normativo, que pode ser denominado de *projeto de felicidade* que estará sempre inacabado, em construção (ASSIS et al., 2015, p. 337 – grifos das autoras).

A saúde como projeto de felicidade coloca em questionamento as relações de poder que se desdobram da normalidade morfofuncional, e conforme este modelo de normalidade, o modo de se pensar a saúde resulta em formas de vinculações em que o exercício do poder aparece como expressão da soberania do saber do/a médico/a. No entanto, ressalta-se que as relações de poder não se limitam às relações estabelecidas entre médicos/as e enfermeiros/as. Elas se estabelecem em outras direções. No caso dos/as enfermeiros/as, que também atuam como gestores das unidades, elas se fazem visíveis nas relações com os usuários, com os/as outros/as profissionais da equipe e também com a gestão. Às vezes essas relações se manifestam por um viés mais negativo, que seria através da perspectiva do mando, e outras vezes elas se manifestam por um viés mais positivo, que seria através da perspectiva do estabelecimento da parceria. É importante, portanto, analisá-las, ainda que rapidamente, pois assim como o modelo biomédico, que é um elemento discursivo que atravessa o cotidiano profissional, potencializando na maior parte do tempo as experiências que ocasionam em sofrimento, as relações de poder

aparecem no mesmo patamar, o que significa que elas fazem parte da teia de determinantes que participam da experiência de viver o sofrimento e também das mediações utilizadas para enfrentá-lo.

Segue um exemplo de relação de poder estabelecida pela via do empoderamento, que favorece o fortalecimento dos vínculos com os usuários e cria ao mesmo tempo meios para o enfrentamento da precarização e do poder que se institui através da hierarquia. De outro modo, o exemplo fala das relações de poder estabelecidas com os usuários, pela via da horizontalidade, e das relações de poder estabelecidas com a gestão, que se materializam pela via da verticalidade.

Mas aqui é tranquilo, nesse tempo só tive duas reclamações de pacientes reclamarem a ponto de chegar a ofender. Teve isso mas eu deixei bem claro que não contrato ninguém, que isso é lá na secretaria, e que é direito do paciente reclamar, mas que deve fazer no lugar certo, que é a ouvidoria. Já teve caso de eu passar o número da ouvidoria (E 10).

As relações de poder não precisam ser, necessariamente, relações de opressão. Elas também podem se traduzir por meio de relações de empoderamento. Quando o/a enfermeiro/a disponibiliza o telefone da ouvidoria ele/ela não está apenas disponibilizando um número de telefone. Trata-se de algo muito maior, algo que é da ordem da criação de circunstâncias voltadas para a efetivação dos direitos dos usuários. Mas, ao mesmo tempo, é uma forma de fazer um enfrentamento daquilo que oprime como, por exemplo, a ausência de insumos para a realização do trabalho. É uma forma de oferecer resistência à gestão e tudo que ela representa para o/a profissional da Enfermagem, que é obrigado a trabalhar em meio a condições de precarização do seu trabalho.

Às vezes, o enfrentamento das relações de poder, que se materializam pela via da hierarquia, ocorre de modo mais aberto:

O problema é você ver que suas ações não são resolutivas e não é por sua causa. O que eu posso resolver eu resolvo. E isso dá uma insatisfação muito grande. Aí você não tem motivação nenhuma. Você se sente impotente. Pelo contrário, pois se um paciente vai lá na secretaria reclamar de alguma coisa eles te chamam. A gente que é concursada ainda tem um pouquinho mais de tolerância, eles conversam com mais delicadeza. Os contratados não! Nó, é bem pior. Não que a gestão seja pior com eles, mas eu tenho o meu



direito de resposta, o contratado não porque fica com medo. Então eu não engulo muita coisa que acho que não devo (E 15).

A ausência de resolubilidade, que produz o sentimento de impotência, causando, portanto, sofrimento, é expressão da precarização, ao mesmo tempo, que é atravessada por relações de poder. Neste caso, trata-se das relações de poder estabelecidas entre enfermeiros/as e gestão, e a via encontrada para enfrentar os obstáculos que se estabelecem nessas relações é não “engolir muita coisa”, é se posicionar e fazer resistência a decisões que possam prejudicar o fluxo do processo de trabalho. Todavia, ao que parece, os contratados não gozam do mesmo benefício, não porque não exista espaço na atual gestão para que eles possam se posicionar, mas, provavelmente, por causa das suas relações trabalhistas marcadas pela fragilidade, o que já foi devidamente assinalado.

Espera-se que relações de poder se estabeleçam por meio da opressão. Na fala de E 10, citada acima, ficou claro que o poder não precisa ser algo com uma conotação negativa. Pensado na perspectiva da Clínica da Atividade, que o compreende como poder para agir, não é difícil compreender que o exercício do poder é algo que transcende as relações de opressão. As relações de opressão são uma forma de expressão do poder, mas o poder também pode se situar no âmbito da mobilização dos recursos necessários ao enfrentamento das adversidades (CLOT, 2010b) e, nesse sentido, ele pode se manifestar por meio do estabelecimento de relações de parceria. O exemplo abaixo ilustra que poder também é parceria e que a parceria é uma forma de enfrentamento do sofrimento no trabalho.

E seu eu escolhi essa profissão, então, eu tenho que exercê-la da melhor maneira possível. Mas eu preciso ter uma relação de confiança com a minha equipe. Se eu não tenho uma relação legal com o meu dentista, que trabalha comigo, se eu não tenho uma relação gostosa e harmoniosa com o médico que trabalha comigo, como que eu vou discutir um caso com o paciente? Quantas vezes eu tive que chamar o médico e pedir pra dar uma olhada numa situação pra mim? ‘Doutor, o senhor pode olhar isso aqui pra mim? Dentista, olha a boca desse menino cheia de cárie’. E lembrando do agente também, pois ele é a mola precursora da atenção básica. Ele é a peça fundamental, porque é ele que está lá dentro da casa do paciente. Ele é que está lá dentro da sala, da cozinha do paciente. Então é ele que traz os problemas e é ele que leva as soluções. É ele que é a ponte! Então tudo depende do agente. Se o enfermeiro, se a equipe não trabalhar como uma engrenagem, nada funciona. O

agente não é o menor dos profissionais da equipe de trabalho. Tudo começa nele e reflete nele. Se os índices de preventivo, de cobertura vacinal não são atingidos, então, reflete lá no agente. Por quê? Porque é o agente que está visitando. É o agente que confere a caderneta da criança. Então é uma classe que deveria ser mais valorizada (E 13).

As relações interpessoais no trabalho, embora sejam atravessadas pelas relações de poder, constituem-se como instrumentos psicológicos que permitem que se faça o enfrentamento das condições de adversidades. E, mais uma vez, as relações de poder aparecem como algo que não precisa ser, necessariamente, negativo. Elas podem produzir o reconhecimento necessário ao estreitamento das relações de confiança entre os membros da equipe. É confirmada, assim, a hipótese das relações interpessoais como uma importante mediação que torna possível o enfrentamento do sofrimento no trabalho. Elas até podem, em algumas ocasiões, se apresentarem como expressões das relações de poder, mas dialeticamente também se apresentam como meio para o fortalecimento das vinculações que se estabelecem no contexto do trabalho. Em outras palavras, as relações interpessoais no trabalho se apresentam como um fator protetivo.

Por último, o/a profissional ainda faz menção ao trabalho dos agentes comunitários de saúde e diz que eles não são os menores membros da equipe. O/a entrevistado/a 12 menciona algo semelhante e demonstra que as relações de poder estabelecidas com os agentes ocorrem pela via da negação do poder como opressão.

Se nós queremos fazer alguma coisa para o paciente, então, a gente acaba comprando do nosso próprio bolso. Igual no dia primeiro de dezembro, a gente estava trabalhando o dezembro vermelho, comemorando o dia nacional de combate ao HIV, aí se queremos enfeitar o posto, fazer uma coisa atrativa para o paciente, e estávamos fazendo o teste rápido de HIV, pois queremos chamar a atenção da população, tudo tem que ser comprado com o próprio dinheiro. Então a gente fez uma coisa atrativa [...], estávamos fazendo o teste rápido, nós compramos balão, compramos cartolina, tiramos os impressos da internet, foi tudo com o meu dinheiro. Eu fui lá na gráfica e mandei imprimir tudo, mas as meninas falaram assim: “vamos dividir, vamos dividir”. A gente não pode dividir com as agentes. Tem coisa, que quando fica muito caro, então, a gente divide, mas tem coisa que eu tiro do meu bolso (E 12).

Duas observações importantes com relação a fala de E 12. Na primeira, a precarização diz da forma como são estabelecidas as relações de poder, uma vez que elas são mediações que podem fornecer instrumentos para o enfrentamento da precarização ou podem acentuá-las ainda mais. E na segunda, fica claro no posicionamento do/a enfermeiro/a que os agentes não devem ser penalizados, pois eles se inserem na divisão social do trabalho pela via da subalternidade, por isso, a eles são atribuídos os trabalhos rotineiros e manuais. Penalizá-los seria o mesmo que reforçar tal subalternidade.

De outro modo, a relação de poder, que se expressa por meio da divisão social e técnica do trabalho, acaba se manifestando, no caso informado, pela via da sua negação. Talvez, seja essa a forma encontrada, para devolver ao trabalho a humanização dele subtraída através da captura da subjetividade e da exploração do trabalho como mercadoria. E aqui o real da atividade aparece como a ponta de um *iceberg* em alto mar, pois o/a enfermeiro/a, ansiando ter condições para desenvolver plenamente o seu trabalho, principalmente no que tange aos aspectos da humanização da assistência em saúde, e não podendo agir tal como os cuidados em Enfermagem exigem, cabe a ele/ela, como uma das poucas alternativas restantes, cuidar do trabalho da sua própria equipe evitando penalizá-la, pois a penalização acabaria reproduzindo a lógica da reificação, que é a lógica, conforme Gomes; Filho e Erdmann (2006), em que o trabalho, e também o trabalhador, são tratados como uma mercadoria.

Todavia, a lógica da reificação e seus desdobramentos, que é expressão do poder em sua face negativa, de uma forma ou de outra, acabam alcançando o trabalho dos/as enfermeiros/as, mesmo quando eles/elas mobilizam os seus recursos relacionais e subjetivos para enfrentá-la.

E eles vivem jogando na cara que a gente ganha gerência é pra isso. Pressionam a gente pra ficar vigiando horário de médico e médico não respeita ninguém, médico faz o que quer. Então a gente escolhe: ou ficar de bem com o médico aqui na unidade, e eu penso que é melhor ficar de bem com o médico, pois trabalho com ele todos os dias, ou ferrar o médico e ficar de bem com a administração. No meu caso eu prefiro ficar de bem com o médico, pois eu preciso dele. Então jogam na cara e ameaçam tirar a gerência. Toda reunião de segunda, aquilo ali é um martírio, todo mundo chega com a cabeça doendo depois da reunião, porque pressionam muito a gente lá e a gente ouve coisa que não precisa. Além de tudo que a gente tem passado ultimamente nós ouvimos ainda umas injustiças que nos deixa chateados/as. Daí a gente pega e fala pra tirar a gerência

nossa. É um ou outro que não quer que tira, pois fala que vamos continuar fazendo a gerência de qualquer jeito. Faz falta no salário? São R\$400,00 (quatrocentos reais), mas faz falta sim. Só que se tirasse teria um pouco menos de cobrança (E 16).

Na fala de E 16 as relações de poder aparecem pela via da reificação, deste modo, o abono da gerência é alçado à condição de dispositivo de controle, e o/a profissional é tomado/a como objeto de uso, e sua força de trabalho como objeto de troca. Na condição de objeto ele/ela deve produzir para justificar o abono da gerência. De outro modo, valor de uso e valor de troca constroem uma teia de determinações que levam à objetualização das relações de poder que se estabelece entre a gestão e a categoria dos/as enfermeiros/as. Estão dadas, desta forma, as condições para que se estabeleçam relações que levem à produção de sofrimento.

Quanto ao sofrimento, além das situações já citadas, existem outras que ganharam relevo nas observações feitas pelos/as entrevistados/as, e que merecem destaque em função de sua representatividade. Os impasses que surgem nas relações com os usuários aparecem, com frequência, como um exemplo de fonte geradora de sofrimento.

Não passa uma semana inteira sem um impasse. Quando você tem uma solução eles até agradecem. Mas eu não culpo eles não, pois, sabe, a gente quer ir na padaria, não num cemitério ou num hospital. A gente quer coisa boa. Eles não têm para onde ir. Por exemplo, quando é campanha de vacina, eles vem aqui pedir receita pra fazer, pra medir pressão e aí você explica que hoje é só campanha. Então eu não culpo eles não. A gente fica com raiva deles, mas depois toma um cafezinho, alguém te liga e tem que resolver outro problema, um paciente te dá uma couve, etc (E 1).

Os usuários estão habituados a procurar os serviços de saúde quando a doença já está instalada, o que é representativo do quanto o modelo biomédico lança raízes no imaginário coletivo, e aí que se estabelece o impasse, pois nem sempre o equipamento tem condições de atender às demandas apresentadas. Por vezes, as demandas ultrapassam o nível de complexidade do equipamento e o encaminhamento para os outros níveis de complexidades como, por exemplo, para as especialidades, nem sempre é uma tarefa fácil, e geralmente não é. É reforçada, deste modo, a sensação de impotência do profissional, que não conta com as condições para atender às demandas da população, e porque ele/ela sabe que a lógica da atenção primária está sendo subvertida. Desta maneira, instala-se um

conflito entre o que precisa ser feito e o que realmente se faz. O/a entrevistado/a 1, ao se referir aos usuários, ainda acrescenta:

Eles não querem acabar com a gente não, mas também eles ficam cansados. Se não tem nutricionista, quem é o/a culpado/a? Eu. Se a médica não veio, quem é o/a culpado/a? Eu. A imagem do enfermeiro se funde com a do equipamento (E 1).

A fusão está relacionada com, pelo menos, duas situações. Em primeiro lugar com a história da profissão. A Enfermagem ao assumir o cuidado como objeto da sua intervenção, inevitavelmente, materializou no imaginário da profissão a obrigatoriedade de dar conta do cuidado em todas as suas dimensões, isso porque a divisão social e técnica do trabalho transformou o/a enfermeiro/a em um/a profissional que deve prestar auxílios aos outros profissionais, em especial aos profissionais da medicina, e essa questão já foi devidamente pontuada. Em segundo lugar, a atribuição de desempenhar a Enfermagem gerencial em meio à crise da saúde pública, acaba colocando o/a profissional da Enfermagem no centro das ESFs, e por isso sua imagem se funde com a imagem do equipamento, o que resulta, desta feita, em sofrimento que, por sua vez, produz obstáculos à realização de um cuidado integral.

Destaca-se assim, que a incorporação de uma prática integral é um dos desafios da construção de um modelo de saúde universal e equânime, considerando-se que o trabalho da Enfermagem na atenção básica tem dupla dimensão: a assistencial e a gerencial. A primeira, voltada para a atenção ao indivíduo e ao coletivo e a segunda, com ações de coordenação e supervisão do cuidar, predominantes no fazer da enfermeira, constituindo-se em processo de trabalho humano no campo da saúde, que é antes de tudo, a produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços voltados para as necessidades de saúde (ASSIS et al., 2015, p. 334).

Ao que tudo indica, considerando as condições em que trabalham os/as enfermeiros/as entrevistados/as, os bens e serviços de saúde produzidos no âmbito da atenção primária não atendem as necessidades de saúde dos usuários do sistema, o que é frustrante para quem precisa dos serviços e também para os que são responsáveis por eles. Por fim, a frustração de não conseguir atender às demandas dos usuários acaba se convertendo em fonte geradora de sofrimento.

A dificuldade para materializar o cuidado integral, analisada por Assis et al. (2015), e que têm desdobramentos sobre a atuação do/a enfermeiro/a, aparece na fala do/a entrevistado/a 3, como fonte de sofrimento.

O que mais me causa sofrimento é não conseguir dar assistência integral para o paciente. É falar com ele assim: você precisa urgente fazer um ultrassom, mas a Secretaria de Saúde não te disponibiliza esse ultrassom. Eu sei da condição social dele, que ele não tem condição de pagar e que vai continuar doente. Esse não que eu tenho que falar para o paciente é como se eu estivesse falando uma negativa pra mim mesmo/a e isso me dói. Agora, assim, da gente não ter material, da gente improvisar, isso eu não ligo não, porque a gente faz isso até mesmo na própria vida, então, não tem problema não. Mas essa falta de continuidade na assistência do paciente me dá uma frustração muito grande (E 3).

A negativa dirigida ao usuário é sentida como um não dirigido ao próprio eu. O exercício do cuidado requer empatia e a empatia é a mediação para que se estabeleçam vínculos entre os/as profissionais e os usuários. Por fim, esses vínculos asseguram a continuidade da assistência. No entanto, a descontinuidade, que ocasiona em rompimentos no processo de trabalho, é produzida pelas condições precárias de trabalho. O/a entrevistado/a 3 menciona o exemplo da ausência de alguns exames especializados, e o ultrassom é apenas um deles. O problema do ultrassom, citado por boa parte dos/as enfermeiros/as, apenas foi resolvido recentemente. Quando da realização das entrevistas o problema ainda existia e necessitava de resolução. Segundo matéria do Portal 37 notícias (2018), o aparelho entrou em operação no dia 20 de fevereiro do ano corrente, e a oferta de serviços está sendo feita mediante a contratação de um médico da cidade de Santo André/SP, que uma vez por mês, visita a cidade de Formiga/MG.

Não faltam somente exames especializados. Costuma faltar o essencial, como, por exemplo, consultas com os/as médicos/as especialistas. Os/as entrevistados/as mencionam que esse é um problema recorrente, o que significa que o número de vagas disponíveis, para que sejam feitos os encaminhamentos, estão longe de atenderem às necessidades das ESFs. Esta é uma questão citada por eles/elas como fonte geradora de sofrimento, já que somada à ausência de uma central de regulação, cabe aos/às enfermeiros/as realizarem a triagem dos encaminhamentos, e maioria deles/as se sentem impotentes, uma vez que essa é

uma responsabilidade que está além das suas atribuições e que ainda transcende as competências técnicas desenvolvidas durante a graduação em Enfermagem.

Quando eu comecei [...], até uns cinco anos de serviço, eu começava a chorar, pois eu era imatura ainda. Então eu deitava em cima dos encaminhamentos e começava a chorar. Eu chorava, eu dormia pensando naquilo, eu tinha sensação de culpa, sonhava com aquilo o tempo inteiro e enquanto não passasse uns dez dias eu não melhorava. Sabe, eu ficava muito ruim. **O município não tem central de regulação?** Tem, mas não funciona. Tem um médico regulador e agora tem uma enfermeira. Eles tinham que fazer essa parte nossa. Os encaminhamentos tinham que passar tudo por eles, só que o médico aparece aqui uma vez por mês. Não sei o porquê, mas ele aparece aqui uma vez por mês. É assim que funciona. E tem uma enfermeira agora que é nossa colega, ela era até enfermeira de PSF, só que teve problemas psicológicos e não consegue mais lidar com as pessoas. Então ela foi desviada de cargo e pegou essa função. Ela começou fazer junto com outra funcionária, mas elas não deram conta, pois todo dia chegava aquele tanto de encaminhamento. Acabou que voltou para o PSF e atrasou ainda mais o nosso serviço, pois voltou coisa atrasada, que estava lá parada há cinco ou seis meses. Aí que o povo ficou insatisfeito mesmo, pois não saíam as vagas. [...] Aí a gente fica com essa função pra fazer, com essa bomba, pois a pessoa paga os exames e ela quer ir. Ela paga uma ressonância, ela vai pagar aquele exame eletroneuromiografia, que é caro e nem faz em Formiga, e depois não consegue voltar no médico. Então a pessoa fica revoltada mesmo! Aí vence o exame. Paga caríssimo, paga sem poder, então, o que acontece? Acontece que a pessoa vem me cobrar. Aí tem cobrança em cima de mim, das agentes, e as agentes vem desabafar comigo, então, é muita pressão (E 16).

A ausência de vagas para as especialidades e a pressão pela triagem dos casos mais urgentes, na falta de uma central de regulação que faça esse trabalho adequadamente, ocasionam em sofrimento. No relato é perceptível que o sofrimento era maior no início da carreira. Não que ele não exista hoje, ele existe, mas de forma menos intensa, já que é enfrentado pela via da sua naturalização. Mesmo naturalizado o sofrimento gera desgaste e cansaço. O/a entrevistado/a 16 prossegue em seu relato, que é representativo sobre o que sente a maioria dos/as enfermeiros/as que atua na atenção primária do município de Formiga/MG:

A sensação que eu tenho é que estou apagando fogo o tempo inteiro, que eu não consigo andar com o meu serviço. Então a sensação é essa, e chega no final do dia eu estou tão cansado/a, mas eu não fiz muita coisa, assim, de fato mesmo, de atendimento, de produção (E 16).

Duas observações se fazem necessárias. A primeira diz respeito às recorrentes interrupções do processo de trabalho. Essas interrupções colocam um distanciamento entre o/a enfermeiro/a e o produto do seu trabalho, que gera, por sua vez, o sentimento de improdutividade. A segunda, faz referência ao fato de que a lógica da produtividade está tão bem introjetada, e é um dos elementos constituintes da captura da subjetividade no trabalho, que quando contrariada, o sofrimento aparece sob a forma de sentimento de culpa. Nesse sentido, ele revela como opera a alienação, que causando estranhamento impede o trabalhador/a de se reconhecer no seu próprio trabalho. Aquilo que ele/ela faz nunca é suficiente pra satisfazer aos ditames da produtividade e, finalmente, o que ele/ela produz parece não lhe pertencer.

Ao tentar sintetizar o seu sofrimento, que está relacionado aos modos de organização do trabalho sob os auspícios do capital, o/a entrevistado/a 16 ainda acrescenta:

A minha sensação é de impotência, de não conseguir fazer o que tenho pra fazer. Me causa um desgaste, uma pressão emocional. A minha vontade é de sair correndo, de sumir e de não voltar mais! E eu amo ser enfermeiro/a, eu gosto de trabalhar, mas no momento está difícil, está bem estressante. Eu não tenho tempo, parece que o tempo não dá. Eu não consigo, a pressão está demais, está muito, de todos os lados. Então, assim, os usuários estão insatisfeitos, o que me causa uma insatisfação também, e uma pessoa chega e me conta a insatisfação dela, e como sou uma pessoa muito humana, então, eu sofro muito com o sofrimento deles (E 16).

Guardadas as devidas proporções, em certa medida, o trabalho do/a enfermeiro/a na atenção primária do município de Formiga/MG pode ser comparado ao trabalho do operário fordista. Como o operário fordista, que lutava contra o ritmo da esteira (GOIS, 2008), os/as enfermeiros/as lutam contra o tempo, mas não como algo que representa uma medida abstrata, mas sim, como algo que traduz o estado de precariedade do trabalho. Por sua vez, a precariedade coloca obstáculos à realização do próprio trabalho, o que explica a sensação de que todo o tempo disponível nunca é suficiente para a realização de todas as tarefas que precisam ser realizadas. Além do mais, a inserção da Enfermagem na divisão social e técnica do trabalho coloca a profissão e seus profissionais diante de uma contradição. De um lado, eles/elas precisam promover o cuidado e, por outro, faltam as condições para



tal, pois as políticas sociais, o que inclui as políticas de saúde, sob a ordem do capital, submetidas principalmente à égide da ofensiva neoliberal, sofrem de acordo com Behring (2015), com os efeitos produzidos pelas medidas de austeridade.

Analisando, portanto, desta perspectiva, as políticas sociais não são capazes de promoverem a emancipação humana, se é que seja possível afirmar, diante de tal quadro de precarização, que elas promovam ao menos emancipação política. Os espaços para emancipação política são muito poucos. Em Marx (2012, p. 57) é possível encontrar elementos interessantes para uma distinção entre emancipação política e emancipação humana:

A emancipação *política* é, sem dúvida, um grande progresso; ela não é decerto, a última forma da emancipação humana, em geral, mas é a última forma de emancipação política *no interior* da ordem mundial até aqui. Entende-se: nós falamos aqui de emancipação real, de [emancipação] prática (Grifos do autor).

A emancipação política é o último grau de emancipação alcançável em um sistema marcado pela opressão do homem pelo homem. A emancipação real, citada pelo autor, é aquela que pressupõe a superação da apropriação privada dos meios de produção, pois este é o meio para dar fim à opressão do homem pelo homem. O que as políticas sociais fazem é aumentarem o grau de participação do homem na sociedade, pois asseguram a satisfação de algumas das suas necessidades, o que inclui as necessidades de saúde. Deste modo, elas acabam tensionando o projeto de expansão do capital. Boschetti (2016, p. 44) é clara a esse respeito:

A relação entre Estado, direitos e política social que estrutura o Estado social capitalista pode assegurar uma determinada forma de cidadania, qual seja, a cidadania burguesa. Uma cidadania que, ao conjugar direitos resultantes da luta de classes, possibilitou o alcance da emancipação política, e por vezes, é superestimada como possibilidade de materialização da emancipação humana. Contudo, a cidadania possível e concretizada no âmbito do Estado social capitalista, se, por um lado, pode “perturbar” a lei geral da acumulação capitalista, ao tensionar o capital, por outro, contraditoriamente, participa da reprodução ampliada do capital, sendo a este cada vez mais subordinada em tempos de agudização das crises do capital.

A subordinação das políticas sociais ao capital ocasiona em sua precarização e o que vivem os/as Enfermeiros na atenção primária do município de Formiga/MG, com todo o sofrimento relatado por eles/elas, é uma das expressões dessa

subordinação. Ficam limitadas, portanto, quaisquer iniciativas que possam assegurar espaços de emancipação política mais significativos na atenção primária do município. Mas os/as profissionais não deixam de tentar.

Você tem que ter jogo de cintura, pois o paciente tem que ter qualidade no atendimento. O que a gente faz? A gente tenta explicar para o paciente. Eu pelo menos não escondo nada do paciente. Eu explico que não tem as coisas. Na minha realidade eu não protejo ninguém, deixo claro que falta o necessário para um bom atendimento. Eu sempre sou bem transparente com o pessoal. Porque essa é a realidade! Por que eu vou tentar tampar o sol com a peneira? (E 5).

A transparência é uma forma de se defender da precariedade das condições de trabalho e de assegurar, dizendo pra si mesmo, que o que pode ser feito está sendo feito da forma que é possível. Ao ser transparente com o usuário o/a trabalhador/a da Enfermagem está sendo, em primeiro lugar, transparente consigo mesmo e esta é uma forma de se convencer que o seu trabalho está sendo bem feito dentro das condições existentes para a sua realização. Por outro lado, esse não deixa de ser um posicionamento político, que permite à população tomar conhecimento das condições de trabalho dos profissionais da saúde, condições que colocam obstáculos à realização de atendimentos capazes de suprirem às demandas que se apresentam a esses profissionais no âmbito da atenção primária. Nesse sentido, o real da atividade ganha visibilidade, e a atividade não realizada se manifesta no realizável dentro das condições necessárias para a sua realização, e sua manifestação assegura a integridade do trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG.

Ao fomentar o empoderamento da população por meio da transparência é possível enfrentar o que causa o sofrimento, e que neste caso tem como pano de fundo a precarização da saúde pública. Mesmo em meio a esse processo os/as profissionais encontram saídas para travarem lutas por espaços que sejam capazes de promoverem um mínimo de emancipação política. Na perspectiva aqui assinalada, a emancipação política é uma via para fazer frente às situações que provocam sofrimento, que são de diversas ordens, sendo interessante destacar outras em função da sua representatividade. Uma delas diz respeito ao apoio da gestão.

O que causa sofrimento é não ser ouvida, é a gestão não dá atenção para o que a gente tem a dizer. [...] Eu sei que é muita gente e que são muitos problemas, mas é muito ruim você ter um problema e não ter apoio. Isso causa um sofrimento danado! (E 10).

As situações tensiógicas do trabalho em saúde geram um desgaste contínuo e acentuado, e essa circunstância merece uma atenção por parte da gestão. Nesse sentido, o estreitamento dos laços é uma medida importante, mas tomar decisões que aumentem a resolubilidade dos serviços na atenção primária também ajudaria a minimizar a sobrecarga gerada por essas tensões que se somam aos problemas agudizados pelo estado de precariedade da saúde no município.

Nessa direção, este trabalho já apontou algumas alternativas para a resolução dos problemas até aqui apresentados e também analisados. Mas destaque maior será dado à EPS. Se a gestão se comprometer com a criação de um núcleo para a promoção da EPS, este poderia, sem dúvida alguma, ser transformado em uma importante ferramenta, que conforme Ferreira; Périgo e Dias (2018), tornaria possível a superação dos estados de alienação decorrentes da sobrecarga de trabalho.

A observação do/a entrevistado/a 10 é confirmada pela observação do entrevistado/a 1:

No dia do enfermeiro eu descobri que eu era importante, dia 12 de maio. Fizeram uma coisa linda. Convidaram uma coaching e ela nos colocou lá no céu, pois ela teve um acidente grave e quase morreu, e ela fala assim: “eu nem cito os médicos, cito os enfermeiros, pois eles me acolheram”. Aí eu falei: “não é que eu sou importante!” (E 1).

O/a entrevistado/a 12, como a maioria, salienta que a ausência de reconhecimento é uma potencial fonte de sofrimento. No entanto, o trabalho não pode ser apenas sofrimento. Ele precisa ser fonte de realização emocional, e isso pode acontecer se forem formadas redes de apoio mútuo. Já foi demonstrado que as relações interpessoais constituem uma importante mediação no enfrentamento do sofrimento, e que elas até mesmo contribuem para que ele seja ressignificado de modo que a sua conciliação com as experiências que geram prazer se torne uma possibilidade real. Portanto, a qualidade das relações interpessoais estabelecidas

entre gestão e trabalhadores da saúde é um fator protetivo de inestimável importância.

Outros fatores, como, por exemplo, a ausência de estrutura física adequada, também ocasiona em sofrimento, já que dificulta a realização do trabalho. Em uma das unidades o pesquisador observou que o sigilo das pacientes que vão coletar o preventivo não é preservado. A sala do/a enfermeiro/a é formada por um divisória que não vai até o teto. Durante a consulta de Enfermagem fica exposta a intimidade das mulheres, o que é constrangedor para elas e também para o/a profissional responsável. Noutra unidade a recepção e a sala da pré-consulta estão num mesmo cômodo. Nesta unidade o/a enfermeiro/a responsável mencionou que é tenso trabalhar num ambiente desconfortável. Problemas relacionados às instalações físicas são muito comuns e foram destacados pela maioria. Eles/elas afirmaram que a manutenção costuma ser muito precária e que existem muitos desgastes com a gestão para assegurar que ela seja feita. Numa das unidades visitadas o banheiro que deveria estar disponível para os usuários não funciona há cerca de três anos e em outra unidade a sala do/a enfermeiro/a está coberta de mofo, o que pode colocar em risco a saúde de profissionais e usuários.

Por fim, é universal a queixa do sofrimento que se origina da incapacidade de atender às demandas dos usuários.

O que mais deixa a gente chateado/a é de não poder oferecer para as pessoas coisas que elas vêm até aqui procurar e que o serviço teria que ter, mas não tem, e eu tenho que falar não. O que a gente mais fala aqui é não. E na secretaria já disseram que a gente não pode falar não. (E 11).

Diante dessas condições os profissionais ficam pressionados entre as demandas da população e o que é oferecido pela gestão para o processamento dessas demandas. O não atendimento das demandas provoca um distanciamento com relação ao objeto de intervenção da profissão e este distanciamento é fonte de muitas frustrações. E em função disso alguns/mas enfermeiros/as chegaram a afirmar, que apesar de gostarem do que fazem, hoje não escolheriam a Enfermagem como profissão, o que significa que a baixa motivação tem afetado a identidade profissional de modo significativo.

Apesar do sofrimento ser uma experiência vívida e presente no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG,

os profissionais não se submetem a ele passivamente. De outro modo, os/as enfermeiros/as não se submetem ao sofrimento com resignação. O que indica que diante de tal experiência emocional eles constroem algumas mediações para enfrentá-la ou mesmo para tentar conciliá-la com as situações que são responsáveis pelo sentimento de prazer. Deste modo, permite-se analisar algumas dessas mediações, pois são elas que tornam o trabalho uma atividade possível.

A maior parte dos/as entrevistados/as afirma que o sofrimento dos/as usuários é fonte geradora de sofrimento. A naturalização é a via encontrada por eles/elas para dar conta de enfrentar o sofrimento provocado pelo sofrimento dos usuários. **“Ver um paciente sofrer te faz sofrer? Faz! Mas já virou rotina, pois a gente acostuma até com o que é ruim. Aqui dentro eu não me alivio, vou ser sincera. Aqui eu tento manter a calma, tento não expressar tanto essa coisa ruim que eu sinto”.** (E 3). Não expressar os sentimentos ruins é uma forma de ocultá-los de si mesmo/a, é uma forma de torná-los naturais. Tornados naturais eles podem ser incorporados à rotina de trabalho sem se transformarem em um obstáculo. Deste modo, não os expressar acaba sendo uma forma de expressão que passa pelo seu ocultamento, uma forma de resignificação em que o sofrimento não aparece como algo paralisador e ao mesmo tempo terrificante.

Mas ao mesmo tempo, a ocultação dos sentimentos pode provocar mais sofrimento. Não somente sofrimento, mas também adoecimento.

Eu já questionei com a coordenação: passou da hora da prefeitura dar um apoio terapêutico pra gente! A gente está adoecendo, a gente está passando mal, a gente não está conseguindo ir pra frente. Acaba adoecendo mesmo, de ficar doente. Nós temos uma colega que deu síndrome do pânico, ela não conseguiu trabalhar, e tem uma que está em afastamento permanente porque não consegue ser enfermeira mais (E 3).

O trecho de fala deixa transparecer duas coisas ao mesmo tempo: um pedido de ajuda e uma forma de enfrentamento do sofrimento cuja fonte são as relações de poder estabelecidas entre enfermeiros/as e gestão, e este enfrentamento se realiza por meio da resistência. Resistir é, portanto, uma forma de denunciar o que faz sofrer, de apontar para os elementos que no processo de trabalho ocasionam em degradação da força de trabalho dos/as profissionais da Enfermagem. Noutra perspectiva, resistir é uma forma de tentar construir algum tipo de emancipação política, já que a emancipação humana é inalcançável nos marcos de uma

sociedade edificada sob a ordem do capital. Em última instância, resistir é uma forma de tensionar o capital, de travar lutas que são imprescindíveis “[...] no processo histórico pela emancipação da humanidade de todas as formas de exploração e opressão”. (BOSCHETTI, 2016, p. 59).

Às vezes, a resistência ganha materialidade por meio do processo de apropriação do próprio trabalho:

Vê essas situações das consultas especializadas. Elas fazem sofrer. Você vê que a pessoa precisa e não tem o que fazer. Eu tento fazer o máximo que eu posso e às vezes eu até brigo pela minha população. Eu brigo por causa dos meus pacientes. Eu brigo, eu falo, eu ligo, eu cobro. Não sou muito de levar desaforo pra casa! O paciente precisa ser atendido, então, eu corro atrás (E 5).

Apropriar-se do próprio trabalho, ainda que seja necessário brigar para que ele aconteça, é uma forma de dar expressividade ao sofrimento. É um meio de mobilizar toda a subjetividade contra tudo aquilo que impede os/as profissionais de se realizarem emocionalmente no trabalho, e existem enfermeiros/as que usam todos os meios disponíveis para isso como, por exemplo, confeccionando relatórios e protocolando-os na secretaria de saúde. Mas ainda que existam outros recursos para o enfrentamento do sofrimento no trabalho, que são tão variados quanto as fontes responsáveis por sua ocorrência, a via da naturalização é uma das mais usuais.

A vida da gente é assim, a gente acaba passando por um processo de adaptação e vai ficando acomodado com o negócio também. Se a gente não se adaptasse o sofrimento seria muito maior e muito mais maléfico. Quando a gente passa por um processo de adaptação a gente procura dar uma assistência dentro daquilo que temos. Mas é um pouco frustrante, pois diminui a perspectiva de melhoria de qualidade e diminui também a perspectiva de realização como profissional (E 2).

Adaptar-se pode ser uma tentativa de banalização do sofrimento, de torná-lo natural como forma de enfrentá-lo, ou pode ser, diametralmente, uma forma de não se sentir paralisado/a diante a sua ocorrência, uma forma de mobilizar recursos subjetivos para que ele não se transforme em um obstáculo terrificante. É notável, portanto, que ao tentar mobilizar os recursos subjetivos para enfrentar o sofrimento, ainda que seja pela via da sua naturalização, os/as enfermeiros/as estão se

colocando em ação, estão tentando fazer alguma coisa. De outro modo, eles estão colocando em ação o seu poder de agir, ou de acordo com Clot (2010b), estão não apenas suportando as coerções do trabalho, como também estão tentando criar um meio para viverem. Viver no trabalho, esse é o desafio! Não apenas sobreviver, mas, sobretudo, viver, o que requer a mobilização do poder de ação para não sucumbir diante o sofrimento.

Outra via usual para o enfrentamento do sofrimento é o vínculo estabelecido com os usuários, o que demonstra que esse vínculo é a expressão de uma relação marcada por contradições, pois ele é ao mesmo tempo fonte de sofrimento e meio para torná-lo uma experiência suportável.

Esses dias uma menina saiu do pronto socorro e foi para secretaria, aí ela falou assim: “gente, eu não sabia que enfermeira de PSF tinha tanta coisa pra fazer!” Aí ela viu que o pronto socorro é bem menos desgastante no nível burocrático do que o PSF. Mas lá, embora se trabalhe com a assistência, não tem vínculo. Eu acho que não dou conta de hospital por causa disso. Não tem vínculo e aquela pessoa é só mais uma (E 5).

O/a entrevistado 1 é bastante explícito/a quanto a importância do vínculo estabelecido com o usuário. Ele/ela deu a seguinte resposta quando questionado/a pelo pesquisador se esse vínculo era ao mesmo tempo fonte de sofrimento e prazer:

Claro, a grande maioria é fonte de prazer, pois caso contrário não tinha ninguém vivo não. E os profissionais também são muito bons. E tem paciente que vê a gente surtado/a e fala: “você está doido/a, você ganha pra isso? Deixa de ser bobo/a, deixa de ser doido/a! Para, vamos ali tomar um café”. O vínculo pode salvar mais do que adoecer, mas adoecer e quando adoecer é grave (E 1).

O vínculo é alçado à condição de fonte de salvação. Nesse sentido, ele aparece como uma medida de proteção. O vínculo afetivo fomenta a criação de relações de empatia. Desta forma, se estabelece uma troca. O/a profissional se coloca no lugar do usuário e tenta lançar mão de todos os recursos materiais e subjetivos para ajudá-lo e o usuário tenta fazer o mesmo. O usuário não tem recursos materiais para ajudar, na verdade, é ele quem mais precisa de ajuda, mas, mesmo assim, oferece a sua empatia aos/às enfermeiros/as, o que funciona como uma espécie de fator de proteção. Deste modo, na atenção primária o usuário não é

apenas mais um, como afirma, por exemplo, o/a entrevistado/a 5. O vínculo com o usuário é, portanto, uma estratégia para o enfrentamento do sofrimento.

Há quem enfrente o sofrimento reconhecendo que não é obrigado a dar conta de tudo sozinho/a, embora isso não seja tão fácil quanto parece em função dos diversos motivos já apontados anteriormente, e talvez o motivo mais importante seja o cuidado enquanto objeto de intervenção da profissão.

Eu achava que o tempo que eu tinha pra almoçar era um tempo desperdiçado. Eu perguntava: ir em casa pra quê? Se eu deixar de almoçar dá pra fazer um monte de coisa. Hoje eu coloco limites. Por exemplo, igual essas questões de curativos que não tem material e tudo, eu não compro mais, eu oriento o paciente: “isso aqui é bom, mas se você não quiser tem esse produto aqui”. Eu mando comprar, é super ilegal mandar comprar, mas mais ilegal é deixar sem assistência. Você ficar lá jogando água filtrada numa ferida e cobrindo com gaze, pelo amor de Deus, não dá pra fazer isso! Hoje eu já consigo pensar: “ele não pode comprar o hidrogel, que seria o ideal, mas pode comprar uma pomada mais barata”. Infelizmente a gente vai baixando a qualidade da coisa até um ponto em que a pessoa pode comprar, ou entro com a família. Eu tento sensibilizar a família pra ajudar comprar, pra ajudar no tratamento. Na hora a gente arranja cada estratégia que é uma loucura. A gente pede ajuda ao Assistente Social se precisar, entendeu? Mas o que eu tento mais é a conscientização. Hoje eu sei que eu não tenho que dar conta de tudo sozinho/a, hoje eu tenho certeza que não dou conta (E 10).

Não ter que dar conta de tudo sozinho/a é uma forma de reconhecer a própria humanidade. É uma forma de retirar o trabalho de todo o centro gravitacional da vida. É transformá-lo em mediação para o desenvolvimento pessoal, mesmo tendo consciência da ilegalidade de recomendar ao usuário do SUS o dispêndio de recursos próprios para a realização do tratamento. Todavia, a ilegalidade é ressignificada por um sentido mais nobre: a promoção da assistência. Aqui há o acionamento do estilo pessoal para assegurar que a assistência seja oferecida, mesmo quando a sua oferta ocorre por meio de medidas, que juridicamente poderiam ser consideradas ilegais e antiéticas.

O trabalho prescrito diz que a assistência precisa ser assegurada. O trabalho real coloca restrições para que isso aconteça. No entanto, o gênero, que diz respeito aos modos de realização do trabalho real, mas, conforme, o que é estabelecido pelo feixe de normas criadas pelos/as trabalhadores/as (CLOT, 2006), produz instrumentos psicológicos para que a precarização não gere engessamentos que impeçam qualquer tipo de mobilidade. Por fim, o gênero é colocado em prática pela via do



estilo pessoal, que ganha materialidade no modo de significar o que é da ordem da ilegalidade: sugerir o dispêndio de recursos próprios.

O/a entrevistado/a 10 ainda dá um exemplo de como ele/ela age de modo a se livrar do fardo de ter que dar conta de tudo sozinho/a, que é algo que produz sofrimento:

Eu tenho um paciente com pé diabético que não sabe ler e nem enxerga direito e a mulher também não, os dois são analfabetos e têm uma filha que mora na roça. Comecei fazendo insulina nele todos os dias de manhã e à tarde. Depois a gente ensinou para o paciente a autoadministração, mas no caso dele eu pensei: “gente, se eu dou para ele fazer, ele não enxerga. Vai que ele aspira 50 ml achando que está aspirando 10? Aí ele morre, então, não tem como”. Aí eu decidi fazer insulina nele de manhã e de tarde. Fui fazendo assim até fechar o pé diabético dele e a glicose dele que era 450 eu consegui estabilizar em 110. A pressão dele que era 18 e hoje vai no máximo até 13. Você tem muito trabalho, mas o resultado que é colhido é melhor. Aí hoje eu tenho um vizinho que faz a insulina dele de manhã, então eu só vou à tarde (E 10).

Mesmo em meio à precarização do trabalho existem profissionais que conseguem criar uma rede de cuidados que se transformam em mediações que tornam a assistência em uma realidade palpável. Neste caso o/a profissional acionou a estratégia mais viável, que foi de trabalhar em parceria com o vizinho do usuário. Isso é uma rede de cuidados, que ao mesmo tempo pode promover um tipo de empoderamento em nível comunitário, além, é claro, de fomentar o sentimento de solidariedade. Essa experiência poderia ser compartilhada e multiplicada em situações semelhantes se houvesse um grupo que se responsabilizasse pela EPS, o que prova que o trabalho é ao mesmo tempo fonte de problemas e também de soluções, e que a EPS é um instrumento que seria capaz de acionar o poder de agir dos/as enfermeiros/as que trabalham na atenção primária do município de Formiga/MG.

Como o/a entrevistado/a 10, o/a entrevistado/a 13 também reconhece que possui limites e que é necessário respeitá-los. Essa é uma forma encontrada por ele/ela para dar conta do sofrimento produzido pela sobrecarga de trabalho. O/a entrevistado/a chega a mencionar que em um determinado momento o trabalho começou a interferir em seu casamento e que por isso teve que repensar o seu comportamento com relação a ter que dar conta de tudo. Hoje ele/ela consegue chegar em casa e não ficar pensando nos usuários que não tiveram os seus

problemas resolvidos, mas pontua que essa conquista só foi obtida por meio de ajuda psicoterápica. A ajuda psicoterápica poderia ser disponibilizada aos/às enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, pois hoje eles/elas trabalham com uma considerável sobrecarga de trabalho, e essa sobrecarga é fonte de muito sofrimento.

O relato abaixo demonstra como o acompanhamento psicoterápico poderia ser uma estratégia para ajudar os/as enfermeiros/as a enfrentarem o sofrimento:

Assim, pra quem convive comigo pensa que eu enfrento bem, porque eu procuro manter a calma, a tranquilidade o tempo todo aqui no posto. Hora nenhuma ninguém vai me ver explodindo, nunca viu e acho que nunca vai ver, pois eu procuro ser o/a mais educado/a possível. Mas na verdade isso aí é uma máscara que eu uso, pois por dentro de mim eu sinto uma explosão. Tem horas que eu penso que vou ter um infarto, meu peito até dói. [...] Eu começo a sentir dor no peito e às vezes eu venho aqui pra minha sala, quando estou muito ruim com dor no peito e abafamento, com essa sensação ruim de cabeça rodando, pois sinto muito isso, então, eu entro aqui pra dentro e choro. É a única coisa que eu faço pra extravasar, mas eu não deixo as pessoas verem também não, pois as pessoas não entendem o que a gente passa. O tempo inteiro eu trabalho no meu limite (E 16).

Embora exista o desejo de extravasar os afetos que causam incômodo, o/a enfermeiro/a impede o transbordamento do sofrimento transformando-o em atitudes que promovam conciliação. O afeto é transformado no seu contrário com o propósito de produzir efeitos positivos. Parece operar nessa transformação o gênero da própria profissão, que é aquele conformado pela definição do objeto de estudos e intervenção da Enfermagem: o cuidado. Simbolicamente o cuidado se transforma em mediação para o manejo do próprio sofrimento. Todavia, ele entra em contradição com o estado de precariedade que marcam as condições de trabalho, e é nesse sentido que o/a entrevistado/a diz estar usando uma máscara, já que a tranquilidade é apenas aparente, existindo, assim, no plano subjetivo um turbilhão de sentimentos.

Desta feita, a operação realizada sobre o sofrimento aparece no plano da subjetividade como um mecanismo de defesa e as manifestações cognitivas e somáticas de tal mecanismo são evidentes: pensar que vai ter um infarto e sentir dor no peito. E quando o mecanismo de defesa falha, o choro é o último reduto para lidar com o sofrimento. Mas trata-se de um choro contido, não público, pois torná-lo público poderia comprometer a imagem da gerência. Portanto, tal dilema pode

intensificar o sofrimento ao invés de atenuá-lo. O sofrimento até pode ser minimizado, mas os efeitos da minimização são apenas temporários. Diante disso, é sugerida a criação de um serviço de suporte psicoterápico para os/as profissionais, pois tal suporte certamente ajudará a lidar com os desdobramentos produzidos pelo sofrimento no trabalho.

Por último, não é incomum a estratégia de enfrentamento do sofrimento que se manifesta pela via da exaltação da dimensão técnica da atuação profissional:

Na Enfermagem os recursos humanos contam muito mais do que o material, pois se tiver um curativo ali e tiver apenas uma água filtrada pra eu fazer, então, dá pra fazer se eu mantiver a ferida limpinha. Pronto, então, é o que basta, mesmo se não tiver uma pomada. Então se tivesse mais gente da Enfermagem talvez nem precisaria de ter mais recursos materiais, pois aí a gente ia se virar com o que tivesse mesmo, de forma que o usuário iria ficar satisfeito, e o usuário satisfeito me deixaria mais satisfeito/a também. Os agentes iam estar mais satisfeitos e iria me trazer mais satisfação. Então, a primeira coisa que eu faria, se eu tivesse poder né, era contratar mais um técnico de Enfermagem para cada unidade e mais um enfermeiro para ser o gerente (E 16).

Há uma exaltação da dimensão técnica do fazer profissional como se ela fosse capaz de criar mediações que levassem à minimização ou resolução dos problemas que produzem as constantes discontinuidades no processo de trabalho em saúde, ignorando, deste modo, que esse processo, segundo Pires (1999), tem uma finalidade, que pressupõe certas necessidades, tem um objeto e um instrumental, que gera, enfim, um produto final. É possível ir mais distante e questionar qual é o modelo de saúde que fundamenta os anseios do/a profissional. Se a exaltação da dimensão técnica, implícita no discurso, seria a mediação para satisfazer às necessidades de saúde dos usuários do SUS, entende-se, portanto, que essa dimensão suplantaria a dimensão política, que também se faz presente na atuação profissional. Não se trata de ignorar a necessidade de ampliação das equipes de trabalho através da contratação de mais profissionais, pois este é um problema, que de modo geral, afeta a todos/as os/as enfermeiros/as, mas de ponderar se a atuação puramente técnica produziria uma compreensão, ou até mesmo uma resolução do problema, a partir de uma perspectiva de totalidade.

Os usuários têm necessidades de saúde apenas da ordem do biológico? Se sim, uma atuação meramente técnica seria capaz de sanar boa parte dos

problemas. Mas se a resposta for não, então, é necessário repensar a concepção de saúde adotada pelo/a profissional de modo a alinhá-la aos princípios do SUS, do contrário a atenção primária continuará trabalhando com a primazia da recuperação em saúde. No entanto, por outro lado, a análise do/a profissional não deixa de revelar o estado de precariedade da saúde pública no município de Formiga/MG, que não é diferente do que vem acontecendo em todo o país, pois faz transparecer a sobrecarga de trabalho e a desvalorização dos profissionais do SUS, por isso, o sonho de ampliação da equipe de Enfermagem. A ampliação reduziria a sobrecarga de trabalho e sua diminuição poderia resultar em maior valorização profissional.

Tendo analisado, portanto, algumas das mediações construídas pelos/as enfermeiros/as para enfrentar o sofrimento, é importante passar à análise daquelas mediações que permitem a sua conciliação com as situações geradoras de prazer, já que nem todo sofrimento pode ser enfrentado de imediato. Então, a alternativa é tentar conciliá-lo com o prazer no trabalho, de forma que o sofrimento não inviabilize as experiências de prazer, e nem o prazer leve a uma constante evitação do sofrimento.

No que se refere à conciliação entre sofrimento e prazer no trabalho, mais uma vez, as relações interpessoais aparecem como uma mediação importante. Elas permitem o enfrentamento do sofrimento, e isso já foi assinalado, mas também viabilizam a sua conciliação com as experiências que produzem prazer.

A minha equipe é muito boa. Eu peguei uma equipe muito boa. As meninas são excelentes. É uma equipe que ajuda muito um ao outro. Todo mundo sempre pensa no próximo. É uma equipe muito boa. A gente tem muita interação e tudo elas me passam. É uma equipe que se ajuda o tempo todo. A gente encontra o suporte um nos outros pra enfrentar os obstáculos da falta de recursos. A gente não tem recurso, mas tem um ao outro, temos os ombros. Na falta de recurso existe o colega de trabalho (E 4).

A equipe faz um pacto de proteção em que uns protegem os outros. Neste caso, é como se houvesse um psiquismo coletivo cuja integridade é mantida pelo grau de proteção que cada membro da equipe oferece aos seus colegas de trabalho. Deste modo, tanto o sofrimento quanto o prazer são compartilhados coletivamente. O suporte é real na hora em que o sofrimento precisa ser enfrentado. Se isso acontece, é de se imaginar, no mínimo, que a experiência do prazer também seja mediada pelas relações interpessoais. De outro modo, as relações interpessoais se

constituem como mediações que viabilizam a possibilidade de aproximação entre as experiências de prazer e sofrimento, por isso o/a profissional salienta: “Na falta de recursos existe o colega de trabalho” (E 4).

Outra mediação importante é a criatividade:

A gente tenta driblar tudo ao mesmo tempo e passar por cima e não deixa a dificuldade atingir muito. O que dificulta mesmo é a falta de insumo, a falta de profissionais, e que às vezes você tem que largar as atribuições de enfermeiro/a para fazer a de técnico/a de Enfermagem, de recepcionista (E 4).

É simbólica a utilização do verbo driblar. O drible, manobra comum ao futebol, requer certo grau de inventividade e de criatividade. Há indícios de que a inventividade e a criatividade sejam recursos importantes no enfrentamento do sofrimento e em sua transformação em fontes de obtenção de prazer. No “drible” as atividades suspensas, que formam o real da atividade, podem assumir o controle das situações de trabalho, criando, assim, a oportunidade para que o sofrimento seja ressignificado e vivido a partir da perspectiva do prazer. Há indícios que apontam nesse sentido:

Entre os membros da equipe a relação é muito boa, o relacionamento é ótimo. A gente não tem problemas porque já aprendemos a ter jogo de cintura e a lidar com as situações. Então somos nós por nós mesmos. Então não tem a quem recorrer, então, a gente se protege, a gente se esforça pra ajudar um ao outro. Como a gente não pode contar com a administração, com os superiores, muito menos com a população que é bem ingrata, então, a gente se protege (E 16).

Mais uma vez as relações interpessoais aparecem como mediação capaz de oferecer proteção contra as adversidades no trabalho, afinal, todos os membros da equipe estão expostos aos mesmos problemas. A proteção mútua é uma espécie de código de conduta, uma blindagem coletiva contra ameaças que possam levar a descontinuidades no processo de trabalho, já que essas descontinuidades produzem erros, retrabalho e sobrecarga de trabalho, e o sofrimento é produto dessas condições que costumam ocorrer de modo combinado. Mas, o que chama a atenção é a expressão “jogo de cintura”. É uma metáfora semelhante ao do drible, que evoca a criatividade como meio para a conciliação entre sofrimento e prazer no trabalho. O/a enfermeiro/a afirma: “Então somos nós por nós mesmos”. (E 16). Esta frase

indica que os/as profissionais estão juntos na hora de enfrentarem os sofrimentos, e que fazem o mesmo nos momentos de compartilhamento das experiências de prazer. Se isso é verdade, não é difícil imaginar, que como coletivo eles/elas empreendam esforços para ressignificarem as experiências de sofrimento, possibilitando, assim, que ele seja conciliado com as situações geradoras de prazer.

Ressignificar as experiências vividas no trabalho e recuperar a dimensão humana perdida pela mecanização do próprio trabalho, e que acarreta em sofrimento, é uma forma de tornar possível a aproximação entre as experiências que proporcionam sofrimento e as experiências que produzem prazer.

O pessoal passa a ser mecânico. Eles não são humanos mais, são mecânicos. Eu estou aqui e não sou só enfermeiro/a, eu também sou ser humano. Eu sei escutar e hoje ninguém sabe mais escutar. O paciente chega aqui ele está precisando de alguma coisa, ele precisa ser escutado (E 5).

A rotineirização e mecanização da atuação profissional, um traço marcante do ritmo de trabalho fordista na assistência em saúde, que se realiza como se fosse uma sucessão de atividades, e como se elas fossem desprovidas de afeto, é uma defesa contra o sofrimento. Mecanizar é uma forma de não se envolver. Contudo, através da acolhida e da escuta, que promove a humanização do atendimento, o/a profissional se aproxima do objeto da sua profissão: o cuidar.

Por fim, através do cuidar ele/ela cuida do usuário e também de si mesmo/a, ele/ela cria ao mesmo tempo condições para se proteger do sofrimento no trabalho e para que ele também proporcione oportunidades de realização emocional. Em outra perspectiva, através do cuidar ele/ela transforma as adversidades no trabalho em potenciais fontes de prazer. Nesse sentido, a humanização é uma mediação que torna o cuidar uma medida viável. O/a entrevistado 13 também recupera em seu discurso a dimensão da humanização:

Então o enfermeiro tem que trabalhar com a assistência e a gerência, ele tem essas duas finalidades dentro da unidade. Ele é gerente, ele gerencia o médico, ele gerencia a agenda do médico, ele gerencia até mesmo o dentista, o técnico, os agentes, se queima uma lâmpada é o enfermeiro que toma conta, se o dentista não veio é ele que tem que arrumar outro para o lugar, se o médico está de férias é ele que tem que gerenciar pra colocar um no lugar, gerencia a sua própria agenda também, uma manutenção na unidade é o enfermeiro que resolve, etc. Tanto ele faz a parte assistencial, de colocar a mão na massa, de estar junto com o paciente, como também de estar

atrás da mesa gerenciando a unidade, gerenciando a equipe, tudo para o paciente ser bem atendido. O serviço, afinal, existe pra ele, o serviço é dele. A unidade é dele. Ele tem o direito, e além do mais ele está precisando, ele está doente, ele está em sofrimento. Então onde ele vai? Ele não vai na fábrica de costura, ele não vai no supermercado, ele vai no posto de saúde. O enfermeiro e a equipe não podem estar com a porta fechada, eu não digo a porta física de madeira, não fisicamente falando, mas eu digo as portas do coração, pois não adianta a porta de madeira está aberta se eu estou fechado, então, eu tenho que estar sensível, ou seja, a porta do serviço tem que estar aberta (E 13).

O apelo à sensibilidade é uma forma de dizer pra si mesmo que o trabalho, apesar de toda a reificação e de todos os processos de captura da subjetividade, ainda é um lugar para a experiência da humanização, e que essa experiência é uma mediação necessária para assegurar os direitos dos usuários. Sendo o trabalho um espaço aberto à experiência da humanização, que se contrapõe, desta feita, à reificação materializada por meio da mecanização, é de se esperar que ele seja também um espaço aberto às experiências promotoras de realização emocional, o que não só torna o sofrimento uma experiência emocional suportável, como também impede que ele inviabilize o sentimento de prazer. Deste modo, a humanização aproxima o sofrimento e o prazer no trabalho, transformando-os, assim, em uma unidade dialética. O/a entrevistado/a 13 ainda exemplifica:

Eu trabalhei com um profissional que dizia que a matéria-prima dele era o paciente e eu aprendi isso. Só que tem profissional que não coloca a mão no paciente, mas como você lapida uma pedra pra transformar num diamante sem colocar a mão nela? Não faz sentido! Saúde é contato, saúde é entrega, saúde é estar junto, é estar unido, e não tem como você fazer saúde sem contato, sem colocar a mão e sentir o que o outro está sentindo (E 13).

Tratar a saúde a partir da perspectiva do contato é a forma mais viável de humanizá-la e de criar meios para conciliar prazer e sofrimento no trabalho. Ao mesmo tempo é uma forma de fazer referência a algo que é característico da assistência em saúde: a coincidência entre as esferas da produção e consumo dos serviços. (PIRES, 1999). Pires (1999, p. 28) ainda afirma que

o resultado do trabalho em serviços pode ser uma mercadoria vendável ao capitalista ou a outro consumidor – como os alimentos produzidos em um restaurante ou a produção e o consumo são indissociáveis, ocorrem simultaneamente – como a prestação de serviços de saúde.

Considerando as reflexões da autora supracitada, que versam sobre o processo de trabalho em saúde, é possível compreender que na assistência em saúde a produção e o consumo ocorrem simultaneamente. De uma outra forma, na assistência em saúde as esferas da produção e do consumo se encontram, portanto, faz sentido pensar que o contato é um modo de restituir a humanidade perdida em função da precarização. Essa hipótese ganha consistência quando se compreende que o objeto do processo de trabalho em saúde é o homem doente, sadio ou exposto a riscos.

Outra modalidade para a conciliação entre sofrimento e prazer no trabalho é a modulação do humor: “Às vezes a gente surta (rindo). A gente sempre conversa e desabafa com os colegas de trabalho, com a equipe. O que tem pra ser feito é isso, esse desabafo mesmo!” (E 7). A modulação do humor, que aparece quando o/a profissional menciona que “às vezes a gente surta (rindo) [...]”, é uma das formas de conciliar sofrimento e prazer no trabalho, ou é uma forma de tornar tangível o enfrentamento do sofrimento, sem que ele inviabilize, é claro, a possibilidade de realização emocional. Outro/a profissional menciona: “Eu tento trabalhar mais (com sorriso nos lábios). Eu tento fazer mais, eu levo trabalho pra casa, mas é porque eu gosto”. (E 9). Coloca-se um sorriso nos lábios como quem muda uma peça de roupa. Mas esta é uma estratégia para modular os sentimentos e que torna possível a sua ressignificação. Desta forma, o que é da ordem do sofrimento aparece no patamar de uma experiência capaz de produzir prazer.

Finalmente, é momento de lançar um olhar sobre as situações geradoras de prazer no trabalho. Kessler e Krug (2012) afirmam que o trabalho também é fonte de realização emocional; e as autoras assinalam que uma das fontes prioritárias para a obtenção de prazer é o reconhecimento dos pacientes. Autores como Elias e Navarro (2006) apontam que o prazer está associado à melhora dos pacientes e às possibilidades de prestar ajuda a outrem, e esses fatores são corroborados pela revisão integrativa realizada por Schmoeller et al. (2011), onde confirmam todos esses achados. As principais fontes de prazer são o reconhecimento dos usuários, a sua melhora e as possibilidades de ajudar e de estabelecer com eles um contato próximo.

Olha, principalmente quando você busca um usuário e que você consegue dar uma assistência integral pra ele. Um exemplo: você



consegue buscar um usuário para uma coleta de preventivo, aquela usuária que tem tempo que não faz, aí você detecta alguma coisa, consegue um ginecologista, consegue uma biópsia, um especialista. Isso é uma fonte de prazer muito grande, pois na maioria das vezes a gente não consegue (E 14).

O trabalho é fonte de prazer quando o processo de trabalho ocorre sem interrupções. Interrupções requerem novo planejamento e novas ações, que se somam a outros planejamentos e outras ações que precisam ser feitas, o que produz sobrecarga de trabalho. As interrupções no processo de trabalho ocasionam, desta forma, em retrabalho e este retrabalho, por sua vez, produz sobrecarga de trabalho. Além disso, há que se considerar o esforço intelectual envolvido neste processo. É uma nova prévia-ideação que precisa ser formulada pra atender a novas necessidades que surgem a partir da ocorrência do retrabalho, e não há a certeza de que a nova prévia-ideação irá satisfazer as necessidades e tampouco que os resultados serão atingidos.

É interessante chamar a atenção para o prazer como algo resultante da viabilidade de prestar uma assistência integral, o que está em consonância com o pressuposto deste estudo. Conforme o pressuposto, esperava-se que o prazer tivesse ligado às possibilidades de intervenções que assegurassem, em alguma medida, os princípios do SUS. Mesmo com a hegemonia do modelo biomédico, a assistência pautada na integralidade, é uma potencial fonte de prazer, pois reforça a dimensão do cuidado, que é o objeto de intervenção da Enfermagem. Prestando a assistência integral o/a profissional se aproxima do objeto de intervenção da sua profissão, ao mesmo tempo ele se aproxima do usuário e fortalece os vínculos de afetividade.

Como a realidade não é linear, pois sua processualidade é marcada por contradições, não poderia ser diferente com as relações estabelecidas com os usuários. Se por um lado elas são fontes de muitos impasses que produzem sofrimento, como já salientado; por outro, também são fontes de realização emocional, pois por meio delas são construídas mediações que levam às situações geradoras de prazer, já que o reconhecimento dos/as usuários é como uma espécie de espelho em que o/a enfermeiro/a tem condições de avaliar a sua atuação profissional. Nesse reconhecimento, o/a enfermeiro/a se vê por inteiro e não como um fragmento esfacelado pelas discontinuidades no processo de trabalho,

reintrojetando, portanto, uma imagem que ajuda a manter a integridade da vida emocional. Olhar, deste modo, para as relações interpessoais estabelecidas entre profissionais e usuários é preservar a perspectiva de totalidade, já que elas podem ser apreendidas na sua relação com um todo formado por diversas partes, mas por partes, “[...] que se determinam reciprocamente [...]” (TONET, 2013, p. 96).

Quando eu vejo que consegui ajudar uma pessoa de alguma forma, e isso não é raro não. Às vezes é coisa pequena, às vezes uma fala. Às vezes eu faço muito o papel de psicólogo/a, igual no preventivo, nossa, as mulheres chegam com cada problema. Então eu vejo que elas saem agradecidas e querem até darem um abraço. Você vê até que elas costumam ficarem emocionadas e até choram. Eu vejo que elas têm liberdade e que aquilo ali foi uma conversa boa. Muitas vezes elas não têm com quem conversar. Às vezes até com médico, hoje mesmo eu implorei um reumatologista como se fosse para a minha mãe, e aí você conseguir e ver que a pessoa ficou satisfeita com aquilo. O que eu posso conseguir eu fico satisfeito/a, tipo fechar uma ferida num paciente. Então tem coisas que a gente sente prazer, pois vê que deu resultado. Mas a ausência de resultado é mais comum (E 15).

Os usuários do SUS são portadores de necessidades materiais e também afetivas. Quando os/as profissionais da Enfermagem conseguem satisfazer algumas dessas necessidades, principalmente as afetivas, pois elas estão ligadas ao alento e ao conforto diante do sofrimento do usuário, eles/elas se sentem realizados. No alento e no conforto os/as profissionais podem se reconhecer como seres humanos, podem romper com a lógica da reificação, que no trabalho, tende a coisificar o humano. No alento e no cuidado o/a enfermeiro têm condições de se apropriar do cuidado enquanto objeto de intervenção da profissão, garantindo, desta forma, que seja preservada a identidade profissional. Portanto, há a todo instante, mesmo nas experiências de prazer, a tentativa de colocar em prática o poder de agir. Colocado em prática ele assegura o sentimento de algo está sendo feito, e que o que está sendo feito resulta, finalmente, na assistência em Enfermagem, que é, no caso do/a enfermeiro/a, o produto final do processo de trabalho em saúde, pelo menos quando se pensa a atuação profissional em sua dimensão assistencial.

Por fim, o reconhecimento do/a trabalho do/a enfermeiro/a tem um papel importante como fonte geradora de prazer, mas ele precisa ser analisado mais de perto:

Me dá prazer o reconhecimento que tenho aqui, a população me reconhece. Eu sou muito bem reconhecida pelo que faço. Então isso me dá prazer. Até quando eu afasto recebo milhões de mensagens pedindo pra eu voltar e quando eu tiro férias também (E 16).

O reconhecimento pode ser fonte de prazer, mas ao mesmo tempo pode reforçar o sentimento de devoção ao trabalho, fazendo com que ele assuma uma centralidade na vida pessoal que ocasione em sofrimento. Nesse sentido, o reconhecimento precisa ser tratado de uma perspectiva dialética, pois ele é o que é, mas pode ser ao mesmo tempo o seu oposto. A relação dialética entre prazer e sofrimento é reveladora da relação dialética entre objetividade e subjetividade. A subjetividade se forma como uma síntese das experiências vividas pelo homem, segundo o que afirmam Bock; Furtado e Teixeira (2001). Todavia, essa síntese é resultado do contato com uma realidade material historicamente construída, o que significa que há nela elementos desta realidade. Do mesmo modo, existe na realidade objetiva elementos da subjetividade humana, por isso que Gonçalves e Bock (2009) mencionam que ela é constituída subjetivamente, ou de outra forma, as autoras afirmam existir uma dimensão subjetiva da realidade.

A dimensão subjetiva da realidade estabelece a síntese entre as condições materiais e a interpretação subjetiva dada a elas. Ou seja, representa a expressão de experiências subjetivas em um determinado campo material, em um processo em que tanto o polo subjetivo como o objetivo transformam-se (GONÇALVES; BOCK, 2009, p. 143).

O reconhecimento recebido dos usuários permite ao/à entrevistado/a 16, e aos demais enfermeiros/as, ressignificarem o seu trabalho. Motivados/as pelo prazer do reconhecimento eles/elas estreitam os seus laços com os usuários e também com a equipe de trabalho. Por meio desse estreitamento, a materialidade objetiva do trabalho pode ser transformada. Isso não faz os problemas desaparecerem e nem faz o sofrimento se extinguir, todavia, cria as condições para que seja acionado o poder de agir, impedindo que os/as profissionais sintam-se paralisados. Também, o prazer é uma mediação que permite aos/às profissionais trabalharem de forma a resguardarem a própria saúde, o que é possível à medida em que há uma suspensão temporária das posturas defensivas, que como se sabe, conforme salienta Clot (2010b), resultam em normas de vida restritivas.

Enfim, as experiências de prazer, de forma bastante usual, estão relacionadas com a possibilidade de exercitar o cuidado, que na memória histórica da Enfermagem é algo que se consolidou como elemento constitutivo do exercício profissional. A fala do/a entrevistado/a 13 corrobora esse pressuposto, sendo, portanto, representativa do que pensam e sentem a maioria dos/as enfermeiros/as: “Prazer é ver o paciente bem, é ver o paciente curado, é você aliviar ainda que momentaneamente a dor do paciente, é você contribuir com a saúde dele, é promover a saúde dele. Então é você ver ele bem” (E 13).

Tendo, portanto, analisado as situações causadoras de sofrimento e prazer no trabalho, é possível perceber os modos como essas experiências emocionais se vinculam às formas como a subjetividade se expressa no contexto do espaço socio-ocupacional da atenção primária. É difícil distinguir as formas como elas se expressam das mediações utilizadas para enfrentar o sofrimento e para conciliá-lo com o prazer no trabalho. Talvez seja mais correto afirmar que as mediações construídas para promoverem o enfrentamento do sofrimento, e para conciliá-lo com as experiências geradoras de prazer, se constituem como a via privilegiada para a manifestação da subjetividade no contexto do trabalho, já que o intercâmbio entre o que é da ordem do objetivo e o que é da ordem do subjetivo é efetivado por meio delas.

Por conseguinte, a experiência que o homem tem do mundo é sempre mediatizada, seja por instrumentos materiais ou psicológicos. E as mediações que tornam possível o enfrentamento do sofrimento, e sua conciliação com as situações geradoras de prazer, são exemplos concretos de como os/as profissionais entrevistados/as se apropriam do próprio trabalho mediante a utilização de instrumentos psicológicos. É daí que surge, desta forma, a perene possibilidade do novo e de acionamento do poder de agir, conferindo ao real da atividade um espaço para que ele se manifeste. Se potencializado, através do investimento em EPS, por exemplo, o real da atividade criaria oportunidades para a transformação do trabalho em termos mais substanciais. Cabe à gestão se sensibilizar com relação a importância desse tipo de investimento, procurando, assim, implementar no município, ou através de consórcio intermunicipal, um núcleo responsável pela EPS.

## 5 CONCLUSÃO

Inevitavelmente, uma questão acabou ganhando relevo, quando foram analisadas as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG: diversos fatores estão relacionados com a experiência do sofrimento no trabalho, no entanto, todos eles têm relação com um fator que se sobrepõe aos demais, e esse fator é a precarização do trabalho, acentuada, principalmente, pelo avanço da ofensiva neoliberal.

Não por acaso, as observações dos/as enfermeiros/as, frequentemente, colocaram em evidência aquelas ausências que dizem do distanciamento estabelecido entre o trabalho prescrito, aquilo que precisa ser feito, que é da ordem dos protocolos e das descrições de tarefas, e o trabalho real, aquilo que se pode fazer mediante os constrangimentos ocasionados pelas condições precárias de trabalho. Essas ausências assumem diversas expressões, como, por exemplo, a insuficiência de insumos básicos necessários à realização das atividades que dão materialidade à assistência em saúde, que é, por sua vez, o produto final do processo de trabalho que produz os serviços acessados pelos usuários no âmbito da atenção primária.

Todavia, nem sempre esses serviços estão disponíveis, e se existem, via de regra, funcionam de forma inadequada, já que sem os instrumentos para operar sobre o objeto do seu trabalho que, neste caso, é o sujeito doente, sadio ou em situações de risco, o/a enfermeiro/a pode contar apenas com o seu conhecimento técnico ou com o apoio encontrado nos membros que compõem a sua equipe de trabalho. Este apoio aparece como uma importante mediação para o enfrentamento do sofrimento no trabalho e também como meio que torna viável a sua conciliação com as situações geradoras de prazer.

Nesse sentido, pode se falar da convivência entre prazer e sofrimento no trabalho, e que o trabalho não é apenas fonte de sofrimento. Não é uma convivência pacífica, mas também não é uma convivência que coloca o sofrimento e o prazer num patamar em que essas experiências aparecem como opostos que se anulam. Ao contrário, elas aparecem como opostos que formam unidades dialéticas, de modo que foi possível encontrar situações que provocam sofrimento e prazer ao

mesmo tempo, como nas relações estabelecidas com os usuários. Muitas vezes elas são fontes de sofrimento, pois são delas que surgem a maior parte dos impasses que colocam o/a enfermeiro/a diante dos sentimentos de frustração e impotência. Mas elas também são fontes de prazer, e talvez uma das mais importantes, já que boa parte do reconhecimento do trabalho do/a enfermeiro/a se origina do sentimento de gratidão demonstrado pelos usuários.

Da mesma forma que a oposição entre prazer e sofrimento é ilusória, o mesmo entendimento se aplica à oposição entre objetividade e subjetividade. Se esta oposição fosse real, por princípio, objetividade e subjetividade se anulariam. No entanto, não foi o que aconteceu. A objetividade do trabalho, marcado, sobretudo, pela precarização, gera formas de apresentação da subjetividade atravessadas pelas experiências do prazer e do sofrimento. A objetividade do trabalho não impede a subjetividade de se manifestar. A subjetividade, apesar de toda a precarização, consegue encontrar meios para se manifestar através do real da atividade. O real da atividade ganha forma por meio do poder de agir. Deste modo, os/as enfermeiros/as não se submetem ao sofrimento passivamente. Eles/elas são autores das suas histórias enquanto indivíduos e também enquanto coletivo, e a criação do PEP é uma prova contundente, nesse sentido.

Através do PEP os/as enfermeiros/as se organizam enquanto coletivo para enfrentarem o sofrimento no trabalho, e dele surgem estratégias que fortalecem toda a categoria. A categoria poderia sair mais fortalecida se duas condições fossem observadas: a primeira – se os/as enfermeiros/as tivessem consciência do instrumento político que têm em mãos; e, na segunda – se a gestão investisse na EPS como saída para fortalecer o poder de agir dos profissionais que trabalham na atenção primária do município de Formiga/MG, o que inclui também os/as enfermeiros/as.

Nessa direção, a EPS como ferramenta de gestão vem sendo negligenciada. Existem iniciativas pontuais e fragmentadas de educação continuada, mas que não contemplam o que estabelece a legislação. Além disso, existe um certo distanciamento entre educação continuada e educação permanente, e a natureza desse distanciamento não deve ser ignorada. A educação permanente pressupõe que o cotidiano do trabalho seja ao mesmo tempo o ponto de partida e de chegada das ações que se desdobram das atividades educativas. Desta perspectiva, ela tem tudo para fomentar o poder de agir dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção

primária do município de Formiga/MG, bastando, para isso, ao menos inicialmente, que os princípios e diretrizes que orientam a EPS, e que estão estabelecidos na legislação, sejam observados.

A legislação menciona a possibilidade de formação de consórcios municipais. Os consórcios municipais envolveriam diversos atores políticos na operacionalização das ações de EPS o que, possivelmente, culminaria no fortalecimento dessas ações. Portanto, a articulação entre os municípios asseguraria um maior aporte de recursos, como também todo o apoio operacional para que as ações de EPS sejam transformadas em ferramentas de gestão, consolidando, desta maneira, o seu uso como instrumento político ou também como instrumento psicológico.

Desta forma, todos poderiam sair ganhando com o investimento em EPS: a gestão, os trabalhadores da saúde e também os usuários. Recomenda-se, inclusive, que novas investigações sejam feitas para que seja estudada a viabilidade de implantação e consolidação de um núcleo de EPS no município de Formiga/MG, algo que não esteve ao alcance desta pesquisa, e talvez seja essa uma de suas limitações mais evidentes.

Como o trabalho não é apenas sofrimento, ficou demonstrado, que mesmo marcado pela precarização, ele também é um local em que o prazer é uma experiência possível. Confirmou-se o que aponta a literatura. As fontes de prazer mais usuais são o reconhecimento dos usuários, a sua melhora e as possibilidades de ajudar e de estabelecer com eles um contato próximo. O objeto de intervenção da Enfermagem, que é o cuidado, ajuda a compreender porque a melhora dos estados de saúde dos usuários e as possibilidades de estabelecer com eles relações de proximidade compõem como fontes de prazer. Cuidando do usuário o/a enfermeiro/a se aproxima do objeto da sua intervenção, fortalecendo, assim, a sua identidade profissional. Mas, ao mesmo tempo, ele produz a sensação de que está cuidando de si mesmo, o que assegura, de certa maneira, a integridade da sua vida emocional.

No entanto, há que se entender que a prática do cuidado, nos moldes assinalados, guarda, em certa medida, uma relação com o modelo biomédico, que oferece para o/a profissional uma zona de segurança em que ele/ela se sente seguro/a. Por isso, o investimento em EPS seria importante, já que promoveria espaços de reflexão com capacidade de colocar em questão a hegemonia do modelo biomédico, que se por um lado funciona como uma zona de segurança,

ocasiona, por outro, em sofrimento ao chocar-se com a precarização do trabalho, que produz dificuldades para que as práticas assistenciais assentadas neste modelo sejam materializadas.

É necessário, sobretudo, construir a compreensão de que o modelo biomédico produz uma visão de homem fragmentado, o que tem estreita relação com a divisão social e técnica do trabalho. Da hegemonia deste modelo surgem saberes cada vez mais especializados e distantes de uma visão mais integral dos processos de saúde e doença, como também dos procedimentos envolvidos no cuidar, aqui entendido como um objeto de estudos e intervenção que se molda a partir de uma trama de relações em que a materialidade do trabalho e a dimensão subjetiva da realidade se apresentam numa contínua relação em que um é através do outro, formando, assim, uma unidade dialética. Essa trama de relações merece destaque em função da sua capacidade de lançar luz sobre algo importante: o modelo biomédico oferece segurança, mas também engessa e coloca obstáculo à realização do cuidado.

Os conhecimentos especializados, originados a partir da hegemonia do modelo biomédico, fornecem uma certa margem de segurança aos trabalhadores da saúde. Contudo, eles estão muito mais voltados para os procedimentos que buscam a cura para as moléstias do que para a promoção em saúde. Mas como a atenção primária em saúde no município de Formiga/MG está marcada pela precarização, como foi apontado por este estudo, a busca da cura se transforma em uma impossibilidade, compreendendo, assim, o que a Clínica da Atividade chama de atividade impedida, e é daí que advém uma das principais fontes de sofrimento. Nesse sentido, qualquer investigação que delimitasse como objeto de estudos a relação entre a adoção do modelo biomédico e a produção de sofrimento no trabalho em saúde, poderia, portanto, ter grande relevância ao construir conhecimentos com potencial para alimentar os processos e atividades de EPS.

Por fim, esta pesquisa revelou que os/as profissionais estavam precisando de um espaço para se sentirem ouvidos/as. Normalmente os/as enfermeiros/as oferecem uma escuta qualificada aos usuários, mas não existe alguém que ofereça a eles/elas o mesmo tipo de escuta, sendo que os espaços para diálogos são muito restritos. Entre os/as enfermeiros existe o PEP, mas entre a gestão e os/as profissionais existe apenas uma reunião semanal, burocrática, conduzida pela coordenação da atenção primária. Deste modo, ela não é suficiente para oferecer



aos/as enfermeiros/as a escuta qualificada, que se colocada em prática, poderia se transformar em mais um instrumento psicológico para promover o enfrentamento das adversidades comuns à cotidianidade do trabalho.

Portanto, é uma questão urgente pensar meios para que as relações entre a gestão e os/as profissionais alcancem um novo patamar de qualidade. Um espaço dessa estirpe poderia fomentar, indubitavelmente, o poder de agir dos/as enfermeiros/as, alimentando, assim, os processos criativos que levariam a mudanças significativas no contexto do trabalho, sendo que os benefícios dessas mudanças poderiam ser investigados em uma nova pesquisa, de caráter longitudinal.

Recomenda-se a realização de uma pesquisa longitudinal em função das limitações da presente investigação, pois ela traduz apenas um momento vivido e sentido pelos profissionais entrevistados. Numa nova investigação outras categorias profissionais, que também trabalham na atenção primária do município de Formiga/MG, poderiam ser consultadas, o que, possivelmente, produziria dados suficientes para a composição de um entendimento mais aprofundado a respeito da precarização das políticas de saúde locais e sobre o poder de agir ativado pelos profissionais da saúde na tentativa de enfrentarem o sofrimento no trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira. Consciência e atividade: categorias fundamentais da Psicologia Sócio-Histórica. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina; FURTADO, Odair. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira. Reflexões a partir da Psicologia Sócio-Histórica sobre a categoria "consciência". **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo (SP), n. 110, p. 125-142, jul 2000.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Considerações sobre a Enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo (Orgs.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.

ALTAF, Joyce Gonçalves; TRINTA, José Luiz; ABDALLA, Márcio Moutinho. Modelo toyotista: revolucionário? **Ciências Sociais em Perspectiva**, Cascavel (PR), v. 8, n. 15, p. 9-24, 2º sem. 2009.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

AMADOR, Fernanda Spanier; FONSECA, Tania Galli. Atividade: o trabalho sob o signo do inacabamento. In: ROSEMBERG, Dulcinea Sarmento; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (Org.). **Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises**. Vitória: Edufes, 2014.

ANDERY, Maria Amália Pie Abib; SÉRIO, Tereza Maria de Azevedo Pires. A prática, a história e a construção do conhecimento: Karl Marx. In: ANDERY, M. A. P. A. (Org.). **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 6. ed. São Paulo: EDUC, 1996, p. 395-420.

ANDERY, Maria Amália Pie Abib; MICHELETTO, Nilza; SÉRIO, Tereza Maria de Azevedo Pires. A descoberta da racionalidade no mundo e no homem: a Grécia Antiga. In: ANDERY, M. A. P. A. (Org.). **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 6. ed. São Paulo: EDUC, 1996a, p. 17-126.

---

\_\_\_\_\_ . A experiência como fonte das ideias, as ideias como fonte do conhecimento: John Locke. In: ANDERY, M. A. P. A. (Org.). **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 6. ed. São Paulo: EDUC, 1996b, p. 221-236.

ANDRADE, Rebecca Soares de et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, maio/ago. 2016.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2 ed. 10 reimp. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era de mundialização do capital. **Edu. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.

AQUINO, Rubim S. Leão de; FRANCO, Denize de Azevedo; LOPES, Oscar G. P. Campos. **História das sociedades: das comunidades primitivas às sociedades medievais**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1980.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-8, mar./abr. 2015.

BARRADAS, Liana França Dourado. **Marx e a divisão do trabalho no capitalismo**. São Paulo: Instituto Lukács, 2014.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs.). **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde - O território e processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 51-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ . **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BOCK, Ana Mercês Bahia Bock. A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça

Marchina; FURTADO, Odair. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BORGES, Livia de Oliveira; YAMAMOTO, Oswaldo H. Mundo do trabalho: construção histórica e desafios contemporâneos. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (Org). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Tradução de Waltensir Dutra. Edição digital. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 5, n. 57, p. 611-614, set./out. 2004.

CANTÍDIO, Farley Soares; VIEIRA, Maria Aparecida. SENA, Roseni Rosângela. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. **Invest Educ Enferm**, Medellín (Colômbia), v. 29, n. 3, p. 407-418, 2011.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 48-51, 2009.

CARDOSO, Maria Manuela Vila Nova; MIRANDA, Cristina Maria Loyola. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da Enfermagem brasileira. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 339-348, jul./set. 1999.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo (SP), v. 27, n. 28, p. 7-26, 2013.

CATÃO, Marconi Ó. O sistema de saúde brasileiro. In: CATÃO, Marconi Ó. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CHAUÍ, Marilena. A nova classe trabalhadora e a ascensão do conservadorismo. In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Mutilo (Org.). **Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil**. 1 ed. Edição digital. São Paulo: Boitempo, 2016.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Tradução de Adail Sobral. Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOT, Yves. A Psicologia do Trabalho na França e perspectiva da Clínica da Atividade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 207-234, Jan./Abr. 2010.

CLOT, Yves. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010b.

CODO, Wanderley. Relações de trabalho e transformação social. In: LANE, Sílvia Tatiana Maurer; CODO, Wanderley (Org.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

COELHO-LIMA, Fellipe. **A Psicologia do Trabalho e das Organizações na formação do psicólogo no Brasil**. 2013. 230 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2013.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira**: uma equação possível? 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo (SP), v. 22, n. 1, p. 60-65, 2009.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de Enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, abr./jun. 2009.

ELIAS, Maria Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freiras Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**, São Paulo, v. 71, supl. 1, p. 752-757, 2018.

FLEISCHER, Soraya. Autoria, subjetividade e poder: devolução de dados em um centro de saúde na Guariroba (Ceilândia/DF). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2649-2658, 2015.

FURTADO, Odair. **Trabalho e solidariedade**. São Paulo: Cortez, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOIS, Patrícia M. de. **As formas assumidas pelo trabalho**: da cooperação simples ao toyotismo. 2008. 91f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Alagoas, Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Maceió, 2008.

GOMES, Giovana Calcagno; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo

de viver a Enfermagem. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro/RJ, v. 14, n. 1, p. 93-99, jan./mar. 2006.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Invest Educ Enferm.**, Medellín (Colômbia), v. 25, n. 2, p. 108-115, 2007.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina; BOCK, Ana Mercês Bahia. A dimensão subjetiva dos fenômenos sociais. In: BOCK; Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina (Orgs.). **A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2009.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. Assistir/cuidar na Enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte (MG), v. 2, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 1998.

GORENDER, Jacob. Apresentação. In: MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Tradução de Regis Bargosa e Flávio. R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, Livro primeiro, Volume I, Tomo 1, 1996. (Os economistas).

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 16. ed. São Paulo: Zahar Editores, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. **População – Formiga (MG)**. Disponível em: <[http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_hom\\_mul.php?codigo=312610](http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_hom_mul.php?codigo=312610)>. Acesso em: 10 jul. 2017.

JÚNIOR, José Renato Gatto; VENTURA, Carla Aparecida Arena; BUENO, Sonia Maria Villela. A formação do enfermeiro, o Sistema Único de Saúde e a saúde como um direito: uma revisão sobre a tipologia de conteúdos de ensino-aprendizagem. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 59-72, jan./abr. 2015.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. Introdução. In: LEOPARDI, Maria Tereza. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis (SC): Papa-Livros, 1999, p. 9-22.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. 3. ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LOPES, Maria Julia Marques. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 3/4, n. 41, p. 211-217, jul./dez. 1988.

KESLLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da Enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre/RS, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012.

KNAPIK, Márcia Carneiro. **O trabalho humano: das sociedades comunais ao modo de produção feudal**. 2. ed. Curitiba: Gráfica Popular, 2005.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 59, n. (esp), p. 403-410, 2006.

MACHADO, Rosani Ramos. Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARTINS, Elizabeth; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro (RJ), v. 11, n. 4, p. 639-644, dez. 2007.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner e do socialismo alemão em seus diferentes profetas**. Tradução de Rubens Enderle, Nélcio Schneider e Luciano Cabini Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Tradução de Regis Barga e Flávio. R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, Livro primeiro, v. I, Tomo 1, 1996a. (Os economistas).



\_\_\_\_\_. **O capital:** crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio. R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, Livro primeiro, v. I, Tomo 2, 1996b. (Os economistas).

\_\_\_\_\_. Emancipação política e emancipação humana. In: NETTO, José Paulo (Org.). **O leitor de Marx.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008, p. 44-50.

MEDEIROS, Soraya Maria de et al. Condições de trabalho e Enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia (GO), v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006.

MERCADANTE, Otávio Azeveto et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 3, p. 621-645, 1998.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MURTA, Agnes Maria Gomes. **Da atividade prescrita ao real da atividade:** análise da atividade docente em uma escola regular, sob a perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica e da Clínica da Atividade. 2008, 222 f. Tese (Doutorado em Educação: Psicologia da Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação: Psicologia da Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, PUC de São Paulo – PUC-SP, São Paulo, 2008.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. **O que é Marxismo**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

OLIVEIRA, Carlos Roberto de. **História do trabalho**. São Paulo: Ática, 1987.

OLIVEIRA, José Rodrigo de; SILVA BRÊTAS, José Roberto da; YAMAGUTI, Lie. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm.**, São Paulo (SP), v. 41, n. 3, p. 386-394, 2007.

OLIVEIRA, Marcela Lino de; PAULA, Taís Romano; FREITAS, João Batista. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 127-136, 2007.

PAULANI, Leda Maria. Uma ponte para o abismo. Da tragédia à farsa: golpe de 2016 no Brasil. In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Mutilo (Orgs.). **Por que gritamos golpe?** para entender o impeachment e a crise política no Brasil. 1. ed. Edição digital. São Paulo: Boitempo, 2016.

PEREIRA, Maria Eliza M.; GIOIA, Sílvia Catarina. Do feudalismo ao capitalismo: uma longa transição. In: ANDERY, M. A. P. A. (Org.). **Para compreender a ciência**: uma perspectiva histórica. 6. ed. São Paulo: EDUC, 1996a. p. 163-178.

PEREIRA, Maria José Bistafa. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar** – potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 314f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, Maria José Bistafa; FORTUNA, Cinira Magali et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, set./out. 2009.

PINHEIRO, Vinícius C. Modelos de desenvolvimento e políticas sociais na América Latina em uma perspectiva histórica. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 12, p. 63-88, jun./dez. 1995.

PINSKY, Jaime. **As primeiras civilizações**. 15. ed. São Paulo: Atual, 1994.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis (SC): Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

PORTAL 37 NOTÍCIAS (2018). Centro de imagens inicia trabalhos com novo aparelho de ultrassom. Disponível em: <<http://www.37noticias.com.br/noticia/185/>> Acesso em: 2 abr. 2018.

PREFEITURA DE FORMIGA-MG (2017). Turismo. **A história de Formiga**. Disponível em: <[http://www.formiga.mg.gov.br/?pg=14&id\\_busca=18](http://www.formiga.mg.gov.br/?pg=14&id_busca=18)>. Acesso em: 10 jul. 2017.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia (GO), v. 14, n. 1, p. 77-85, jan./mar. 2012. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a09.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a09.pdf)>. Acesso em: 28 de abr. 2017.

RIBEIRO, Bruno Alvarenga et al. Educação em saúde e promoção da qualidade de vida: um olhar para o processo histórico no contexto brasileiro. In: MISSIAS-MOREIRA, Ramon et al. (Org.). **Qualidade de vida e condições de saúde de diversas populações**. Curitiba (PR): CRV, 2017. v. 2, p. 27-39.

RIBEIRO, Darcy. **O processo civilizatório: etapas da evolução sociocultural**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. Acidentes de trabalho com trabalhadores de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília (DF), v. 60, n. 5, p. 535-540, set./out. 2007.

ROSA, Carlos Augusto de Proença. **História da ciência: da antiguidade ao renascimento científico**. 2. ed. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2012.

RUBANO, Denize R.; MOROZ, Melania. A fé como limite da razão: Europa Medieval. In: ANDERY, M. A. P. A. (Org.). **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 6. ed. São Paulo: EDUC, 1996. p. 131-158.

SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA. *Site institucional*. **Serviços**. Disponível em: <<http://santacasafarmiga.org.br/index.php/servicos>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SANT'ANA, Raquel Santos; SILVA, José Fernando Siqueira da. O método na Teoria Social de Marx: e o Serviço Social? **Temporalis**, ano 13, n. 25, p. 181-203, jan./jun. 2013.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Luiz A. de Castro. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-28, jan./mar. 2008.

SCHMOELLER, Roseli et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, jun. 2011.

SECCO, Iara Aparecida de Oliveira et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de Enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto/SP, v. 6, n. 1, p. 1-17, 2010.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 5, n. 15, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, Heliana Marinho da. **A política pública de saúde no Brasil**: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS. 1996. 123f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), Escola de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

SIRGADO, Angel Pino. A corrente Sócio-Histórica de Psicologia: fundamentos epistemológicos e perspectivas educacionais. **Em Aberto**, Brasília, ano 9, n. 48, p. 61-67, out./dez., 1990.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Mulher e trabalho: a história de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, ano 11, n. 5, p. 593-600, set./out., 2003.

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. 1 ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nibalso Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação, o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2010.

ÚLTIMAS NOTÍCIAS (2017). **Prefeito comparece ao PAM e encerra greve dos médicos, iniciada sem aviso prévio**. Disponível em: <<https://www.ultimasnoticias.inf.br/noticia/prefeito-comparece-ao-pam-e-encerra-greve-dos-medicos-iniciada-sem-previo-aviso/>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

ÚLTIMAS NOTÍCIAS (2017a). **Em entrevista, secretário de Saúde responde críticas à falta de atendimento e de insumos básicos no PAM**. Disponível em: <<https://www.ultimasnoticias.inf.br/noticia/em-entrevista-secretario-de-saude-responde-criticas-a-falta-de-atendimento-e-de-insumos-basicos-no-pam/>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

ÚLTIMAS NOTÍCIAS (2017b). **UTI Neonatal já está de portas fechadas**. Disponível em: <<https://www.ultimasnoticias.inf.br/noticia/uti-neonatal-ja-esta-de-portas-fechadas/>> Acesso em: 22 dez. 2017.

ÚLTIMAS NOTÍCIAS (2018). **Cortes na saúde afetarão atendimento médico nos PSFs: cinco médicos contratados deverão ser dispensados nos próximos dias**. Disponível em: <<https://www.ultimasnoticias.inf.br/noticia/cortes-na-saude-afetarao-atendimento-medico-nos-psfs/>>. Acesso em: 4 abr. 2018.

VIANA, Maria de Freitas. **Um estudo do saber em Enfermagem**. 2005. 85f. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Católica de Goiás – PUC-GO, PUC de Goiás – PUC-GO, Goiânia, 2005.

## APÊNDICE I

### Solicitação de Avaliação do Instrumento

Sr(a) \_\_\_\_\_, este formulário é muito importante para o nosso estudo. Ele será utilizado em uma pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) que será submetida ao Comitê de Ética da mesma universidade, dentro em breve. A pesquisa tem como objetivo compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as.

Sua participação tem grande significado para nós. Gostaríamos que você avaliasse o instrumento em seu conteúdo e sugerisse possíveis adequações, se for o caso. Gostaríamos também que você se colocasse no lugar de entrevistado e preenchesse o instrumento, o que forneceria informações que tornariam possível a realização de reflexões sobre a sua viabilidade. Solicitamos, por gentileza, que a devolutiva do mesmo e de suas considerações seja feita no máximo em 10 dias, após o recebimento deste. Seu nome será mantido em sigilo. Agradecemos a sua valiosa contribuição.



---

Bruno Alvarenga Ribeiro



---

Dra. Sílvia Sidnéia da Silva

## APÊNDICE II

### Instrumento

#### PARTE A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

**Código:** \_\_\_\_\_

**Dados de identificação:**

1. **Sexo:** feminino\_\_\_ masculino\_\_\_

2. **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

3. **Estado civil:** ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) viúvo(a) ( ) desquitado(a)  
( ) divorciado(a) ( ) outros. Qual? \_\_\_\_\_

4. **Formação profissional:**

Instituição: \_\_\_\_\_ Data da Conclusão do Curso: \_\_\_\_\_

5. **Unidade de trabalho:** \_\_\_\_\_ **Turno de trabalho:** \_\_\_\_\_

6. **Tempo de trabalho na unidade:** \_\_\_\_\_ **Tempo na instituição:** \_\_\_\_\_

7. **Há quanto tempo trabalha como profissional de enfermagem?**

( ) Há menos de 1 ano.

( ) De 1 a 3 anos.

( ) De 3 a 5 anos.

( ) De 5 a 7 anos.

( ) De 7 a 9 anos.

( ) Acima de 9 anos.

8. **Há quanto tempo trabalha na atenção básica?**

( ) Há menos de 1 ano.

( ) De 1 a 3 anos.

( ) De 3 a 5 anos.

( ) De 5 a 7 anos.

( ) De 7 a 9 anos.

( ) Acima de 9 anos.

9. **Qual o tipo de vínculo trabalhista que possui na atenção básica?** \_\_\_\_\_

10. **Qual a faixa de rendimentos (em salários mínimos – valor em julho de 2017 - R\$937,00) que recebe na atenção básica?** ( ) menor que 3 (três) salários-mínimos

( ) entre 3 e 6 salários-mínimos

( ) entre 6 e 10 salários-mínimos

( ) acima de 10 salários-mínimos

( ) não sabe referir

11. **Tem mais de 01 (um) emprego?** ( ) sim Quantos? \_\_\_\_\_ ( ) não

12. **Jornada diária de trabalho:** \_\_\_\_\_

#### PARTE B – QUESTÕES RELATIVAS AO TEMA DE PESQUISA

01) Que avaliação você faz dos recursos humanos, materiais, institucionais, físicos e financeiros necessários ao desenvolvimento do seu trabalho cotidianamente?

02) Que avaliação você faz das relações interpessoais estabelecidas entre os membros da equipe de trabalho do qual você faz parte?

03) Que avaliação você faz das ações promovidas para garantirem a capacitação contínua e o aprimoramento técnico necessário ao atendimento das demandas comuns ao espaço socio-ocupacional em que está inserido(a)?

- 04) Que tipo de situações frequentemente dificultam a realização do seu trabalho?
- 05) Quais são as circunstâncias que no seu trabalho frequentemente costumam ocasionar em sofrimento? De que modo você costuma expressá-lo?
- 06) O que você costuma fazer para enfrentar o sofrimento provocado pelo trabalho?
- 07) O sofrimento provocado pelo trabalho afeta sua vida somente no trabalho ou também afeta a sua vida fora dele? Se sim, como?
- 08) Quais são as circunstâncias que no seu trabalho frequentemente costumam gerar prazer?
- 09) O que você gostaria de mudar no seu trabalho para que ele produza menos sofrimento e proporcione mais prazer?



## APÊNDICE III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DO PROJETO:** Prazer e sofrimento no trabalho: um estudo com enfermeiros/as da atenção primária do município de Formiga/MG.

**RESPONSÁVEL PELO PROJETO:** Bruno Alvarenga Ribeiro.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva

Eu, \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_  
Residente à Rua/Av. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

#### 1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O sofrimento no trabalho do/a profissional da Enfermagem vem sendo alvo de estudos de diversas investigações. Esta temática vem chamando a atenção dos pesquisadores porque deixa transparecer uma contradição: os profissionais responsáveis pelo cuidado no campo da saúde estão adoecendo. Tal fato coloca a necessidade de se questionar: quem cuida de quem cuida?

A questão revela algo importante: o sofrimento é uma experiência que participa do cotidiano do/a enfermeiro(a). Mais do que isso, ela revela que esses profissionais estão se sentindo desamparados diante da experiência do sofrimento. E esta não é uma experiência restrita à iniciativa privada, já que atinge também os profissionais que atuam nos serviços públicos. Ao que tudo indica as condições precárias de trabalho na saúde pública são fontes potenciais de sofrimento, resultando, por sua vez, do processo de desmonte dos direitos sociais.

Por outro lado, o trabalho também pode proporcionar prazer, que muitas vezes aparece associado ao reconhecimento do trabalho do/a enfermeiro(a) por parte dos pacientes e da possibilidade de poder ajudá-los. Desta forma, pesquisas sobre o prazer e sofrimento no trabalho podem ajudar a fortalecer a categoria profissional dos/as enfermeiros/as, além, é claro, de muni-la com as ferramentas para lutar por melhores condições de trabalho. Um destaque se faz importante:

geralmente as pesquisas que tomam as experiências do prazer e sofrimento no trabalho do/a enfermeiro/a como objeto de investigação são, em sua grande maioria, realizadas nos diversos contextos sócio ocupacionais dos hospitais, principalmente, nas unidades de terapia intensiva e nos pronto-atendimentos.

São escassas as pesquisas desenvolvidas no âmbito da atenção primária. Portanto, o presente estudo se faz relevante em função da possibilidade de produzir conhecimento sobre as condições de trabalho que na atenção primária do município de Formiga/MG podem atuar como fontes geradoras de sofrimento e prazer no trabalho dos/as enfermeiros/as, contribuindo, desta forma, para dar maior visibilidade ao trabalho fundamentado nos princípios da prevenção e promoção da saúde, rompendo, em certa medida, com um modelo de saúde pautado na centralidade do hospital. Além do mais, o conhecimento das condições geradoras de sofrimento e prazer no trabalho pode conduzir ao planejamento de intervenções que levem os/as enfermeiro(a)s a transformarem o seu próprio trabalho, o que resultaria, conseqüente, em maior empoderamento.

Cabe ainda comentar que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa que ao refletir sobre os sentimentos em investigação poderão apresentar alterações comportamentais – que serão atentamente observados e orientados para acompanhamento.

## **2 - OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1 GERAL**

Compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

Identificar quais são as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG.

Conhecer quais são as mediações construídas pelos/as enfermeiros/as da atenção primária do município de Formiga/MG para tornar possível o enfrentamento do sofrimento no trabalho.

Levantar as estratégias utilizadas pelos/as enfermeiros/as da atenção primária no município de Formiga/MG para conciliar prazer e sofrimento no trabalho.

### **3 – LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo será realizado nas unidades das ESF's do município de Formiga/MG, que tem uma população estimada de 65.128 (sessenta e cinco mil cento e vinte e oito) habitantes. O município conta hoje com dezoito ESF's e as atividades propostas serão realizadas nas próprias ESF's.

### **4 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO**

Você participará de uma pesquisa direcionada aos profissionais de Enfermagem de nível superior que atuam como gestores das ESF's da cidade de Formiga/MG. Será aplicada uma entrevista semi-estruturada, previamente validada, com o objetivo de compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as. A aplicação do instrumento de pesquisa ocorrerá em um único encontro, nos respectivos locais de trabalho dos pesquisados e durará entre 40 e 60 minutos. Ressalta-se que a entrevista será gravada, o que possibilitará ao pesquisador um maior nível de detalhamento quanto à coleta dos dados.

### **5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa com o seguinte tema: "Prazer e sofrimento no trabalho: um estudo com enfermeiros/as da atenção primária do município de Formiga/MG." Não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

### **6 - OUTRAS INFORMAÇÕES**

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à Sra. ou ao Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa. Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), pelo telefone: (16) 3603-6915.

Formiga, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**Assinatura do participante**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva (Orientadora - Pesquisadora responsável)**  
**RG:** 20907158    **CPF:** 144427278-05    **Email:** sssilva@unaerp.br  
**Tel:** (16) 991390493

---

**Bruno Alvarenga Ribeiro (Mestrando em Saúde e Educação - Pesquisador)**  
**RG:** M-8.353.432    **CPF:** 046.474.746-58    **Email:** br.alvarenga@yahoo.com.br  
**Tel:** (37) 98801-3099

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)  
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP  
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-6887

## APÊNDICE IV

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

**De:** Bruno Alvarenga Ribeiro.

**Para:** Excelentíssimo Senhor Prefeito de Formiga-MG / Sr. Secretário de Saúde.

Eu, Bruno Alvarenga Ribeiro, professor do Centro Universitário de Formiga-MG (UNIFOR-MG) e mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto-SP (UNAERP), juntamente com a minha orientadora Dra. Silvia Sidnéia da Silva, solicito autorização para a realização de uma pesquisa que tem como objetivo compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço socio-ocupacional em que estão inseridos/as. Participarão da investigação os/as enfermeiros/as gestores/as das 18 Unidades de Estratégia da Família (ESF's) do município de Formiga/MG.

O conhecimento produzido será colocado à disposição dos profissionais e também do executivo municipal. Do conhecimento construído se desdobrará, provavelmente, uma intervenção que não terá nenhum custo para o município e que será implementada ao final da pesquisa intitulada “Prazer e Sofrimento no Trabalho: um estudo com enfermeiros/as da atenção primária do município de Formiga/MG”. A previsão para o início da coleta de dados, que ocorrerá após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP, em dezembro de 2017, com término em abril de 2018. Os profissionais que consentirem participar da investigação serão entrevistados mediante a utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada, previamente validada.

Certos da colaboração deste Gabinete/Secretaria, solicitamos que carimbe, assine e date, no caso de autorização. Gratos.

---

Bruno Alvarenga Ribeiro

---

Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

De acordo:

---

Eugênio Vilela Júnior  
Prefeito Municipal de Formiga/MG

---

José Geraldo Pereira  
Secretário de Saúde de Formiga/MG

## ANEXO A

### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FORMIGA/MG

117

#### APÊNDICE IV

##### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

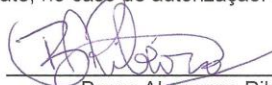
**De:** Bruno Alvarenga Ribeiro.

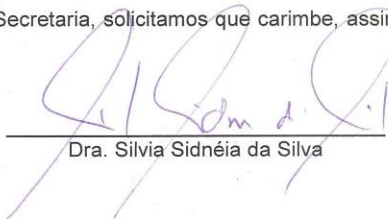
**Para:** Excelentíssimo Senhor Prefeito de Formiga-MG / Sr. Secretário de Saúde.

Eu, Bruno Alvarenga Ribeiro, professor do Centro Universitário de Formiga-MG (UNIFOR-MG) e mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto-SP (UNAERP), juntamente com a minha orientadora Dra. Sílvia Sidnéia da Silva, solicito autorização para a realização de uma pesquisa que tem como objetivo compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço sócio ocupacional em que estão inseridos/as. Participarão da investigação os/as enfermeiros/as gestores/as das 18 Unidades de Estratégia da Família (ESF's) do município de Formiga/MG.

O conhecimento produzido será colocado à disposição dos profissionais e também do executivo municipal. Do conhecimento construído se desdobrará, provavelmente, uma intervenção que não terá nenhum custo para o município e que será implementada ao final da pesquisa intitulada "Prazer e Sofrimento no Trabalho: um estudo com enfermeiros/as da atenção primária do município de Formiga/MG". A previsão para o início da coleta de dados, que ocorrerá após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP, em dezembro de 2017, com término em abril de 2018. Os profissionais que consentirem participar da investigação serão entrevistados mediante a utilização de um roteiro de entrevista semi-estruturada, previamente validada.

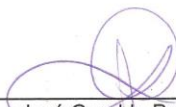
Certos da colaboração deste Gabinete/Secretaria, solicitamos que carimbe, assine e date, no caso de autorização. Gratos.

  
\_\_\_\_\_  
Bruno Alvarenga Ribeiro

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Sílvia Sidnéia da Silva

De acordo:

  
\_\_\_\_\_  
Eugênio Vilela Júnior  
Prefeito Municipal de Formiga/MG

  
\_\_\_\_\_  
José Geraldo Pereira  
Secretário de Saúde de Formiga/MG

14/08/2017

14/08/2017

## ANEXO B

### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

UNAERP - UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS/AS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE FORMIGA/MG

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75006117.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.294.497

##### Apresentação do Projeto:

Projeto que propõe realizar um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa.

Apresenta como objetivo compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como esses/essas profissionais expressam suas subjetividades no contexto do espaço sócio ocupacional em que estão inseridos/as. A população será formada por 18 enfermeiros/as que atuam como gestores nas 18 Unidades de Estratégia da Família (ESF) do município de Formiga/MG.

##### Objetivo da Pesquisa:

Apresenta co Objetivo Geral compreender como as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho se vinculam aos modos como os/as enfermeiros/as, que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do espaço sócio ocupacional em que estão inseridos/as.

Como objetivos específicos,

- Identificar quais são as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária do município de Formiga/MG.
- Conhecer quais são as mediações construídas pelos/as enfermeiros/as da atenção primária do

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br

## UNAERP - UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.294.497

município de Formiga/MG para tornar possível o enfrentamento do sofrimento no trabalho.  
- Levantar as estratégias utilizadas pelos/as enfermeiros/as da atenção primária no município de Formiga/MG para conciliar prazer e sofrimento no trabalho.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos. Trará benefícios contribuindo com novos conhecimentos.

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo interessante e relevante. Completo e detalhado. Parte do entendimento de que o sofrimento é uma experiência que permeia a atuação do/a profissional da Enfermagem. O que se quer saber é: quais são as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho dos/as enfermeiros/as que atuam na atenção primária.

Metodologia bem descrita com critérios de inclusão, exclusão e aspectos éticos.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória apresentados com clareza e bem descritos e objetivos.

### Recomendações:

Não há recomendações.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto devidamente apresentando com todos os termos e itens contemplados.

Não há inadequações ou pendências.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_980970.pdf	18/08/2017 19:52:11		Aceito
Orçamento	Orcamento.jpg	18/08/2017 19:50:58	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.jpg	18/08/2017 19:49:27	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	InstrumentodePesquisa.pdf	18/08/2017 19:42:05	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br



UNAERP - UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.294.497

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBRUNO.pdf	18/08/2017 19:41:28	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOBRUNOCEP.doc	18/08/2017 16:28:29	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SolicitacaoeautorizaodepesquisaBruno.docx	18/08/2017 16:25:40	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolharostoBruno.docx	18/08/2017 16:23:44	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 25 de Setembro de 2017

Assinado por:  
Luciana Rezende Alves de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br