

Katia Virginia de Oliveira Feliciano¹

Maria Helena Kovacs^{II}

Silvia Wanick Sarinho^{II}

Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família

Overlapping of duties and technical autonomy among nurses of the Family Health Strategy

RESUMO

OBJETIVO: Compreender como enfermeiras da Estratégia Saúde da Família vivem a superposição de atribuições e construção da autonomia técnica.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Pesquisa qualitativa realizada com 22 enfermeiras em Recife, PE, entre agosto de 2005 e novembro de 2006. A partir de avaliação da gerência (acesso geográfico, conflitos na equipe, entre equipe e distrito, entre equipe e comunidade e violência pública na área), em cada um dos seis distritos sanitários foram selecionadas quatro equipes. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Os principais temas no roteiro referiram-se a expectativas e relevância do trabalho, organização e processo de trabalho e sentimentos sobre as práticas. Os resultados foram interpretados sob a perspectiva do *burnout*.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: Foi recorrente a opinião das enfermeiras sobre número excessivo de famílias, suporte organizacional insuficiente e pressões advindas de demandas insatisfeitas dos usuários. A sobreposição de assistência e administração provocou sobrecarga, gerando ansiedade, impotência, frustração e sentimento de ser injustiçada na divisão de tarefas na equipe. A dimensão clínica da prática motivou insegurança de natureza técnica e ética, além de satisfação pelo poder e prestígio conquistados pela categoria profissional. A formação médica especializada representou um obstáculo para concretizar a interdependência da autonomia e responsabilidade. Foram relatados estresse, insatisfação, adoecimento físico e mental, reconhecimento da relevância do trabalho e importância do próprio desempenho e baixo envolvimento laboral.

CONCLUSÕES: Diante da falta de expectativa de mudanças em curto prazo, a sobreposição de baixa realização profissional e esgotamento provocam atitudes negativas, indicando a importância da promoção da saúde para ampliar a possibilidade de interferência e mudança nas condições de trabalho.

DESCRITORES: Enfermeiras. Programa Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Comunitária. Esgotamento Profissional. Estresse Psicológico. Satisfação no Emprego. Pesquisa Qualitativa.

¹ Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Katia Virginia de Oliveira Feliciano
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
R. dos Coelhos, 300 – Boa Vista
50070-550 Recife, PE, Brasil
E-mail: katia.feliciano@imip.org.br

Recebido: 19/5/2009

Aprovado: 13/12/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand how *Estratégia Saúde da Família* (Family Health Strategy) nurses experience the overlapping of duties and building of technical autonomy.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: This was a qualitative study performed with 22 nurses, in the city of Recife, Northeastern Brazil, between August 2005 and November 2006. Based on management evaluation (geographic access; conflicts in the team, between team and district and between team and community; and public violence in the area), four teams were selected in each of the six health districts. Semi-structured interviews were conducted. The main themes in the interview guide were about work expectations and relevance, its organization and process, and feelings towards these practices. The results were interpreted under the perspective of burnout.

ANALYSIS OF RESULTS: The nurses' opinion on the excessive number of families, insufficient organizational support and pressures from user demands that had not been met was recurrent. Overlapping of health care and management caused work overload, creating anxiety, impotence, frustration and the feeling of being treated unfairly when tasks were divided among team members. The clinical dimension of practice led to a feeling of insecurity of a technical and ethical nature, in addition to the satisfaction for the power and prestige achieved by the professional category. Specialized medical training represented an obstacle to autonomy and responsibility becoming interdependent. Stress, dissatisfaction, becoming physically and mentally ill, recognition of the relevance of work and importance of one's performance, and low work involvement were reported.

CONCLUSIONS: In view of the lack of expectation of changes in the short term, the overlapping of low professional satisfaction and work overload causes negative attitudes, indicating the importance of health promotion to increase the possibility of influencing and changing work conditions.

DESCRIPTORS: Nurses. Family Health Program. Community Health Nursing. Burnout, Professional. Stress, Psychological. Job Satisfaction. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

O redimensionamento do papel dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF) atende as suas expectativas por uma divisão técnica e social do trabalho mais justa. Coloca-se o desafio de construir a autonomia técnica e, portanto, a responsabilidade pela escolha e decisão entre possibilidades.¹⁵ Para Ricoeur¹⁷ (1991), a autonomia só pode ser concebida plenamente como empreitada coletiva, sendo fruto de uma relação em que os outros estão sempre presentes como alteridade. Na ESF, o caráter relacional da decisão é ressaltado pela busca de reciprocidade e complementaridade no trabalho de agentes de diferentes qualificações.²

Esse desafio mostra a centralidade da competência profissional e da superação da desigualdade de valor atribuído aos distintos trabalhos na equipe de saúde.^{2,7} Entretanto, muitos elementos da micropolítica do

processo de trabalho e das dimensões organizacionais e macroestruturais dificultam o desempenho previsto para o enfermeiro, na ESF, acentuando a insatisfação com as vivências laborais. As pressões advindas da mudança da racionalidade do trabalho, sobretudo quando o suporte organizacional é deficiente, podem levar à baixa realização profissional e esgotamento.^{19,23} Esses aspectos são essenciais para que surjam sentimentos e atitudes negativas definidores da síndrome do *burnout*.^{6,24,25}

Desde os anos 1970, o termo *burnout* vem sendo usado, metaforicamente, para descrever o negativismo e desinteresse de profissionais, antes motivados e comprometidos, submetidos a condições laborais frustrantes e desgastantes. Inicialmente, foi associado às características individuais como sexo, idade, tipo de personalidade e tempo de exercício profissional.²⁵

Depois, o *burnout* passou a ser explicado pelos condicionantes organizacionais do trabalho: sobrecarga, conflitos interpessoais, expectativas na implantação de tecnologias, desempenho de papéis, falta de reciprocidade, limitações da autonomia, dentre outros.^{3,19} A sua compreensão, atualmente, remete às inter-relações entre singularidade das pessoas, situação de trabalho e contexto de vida.⁶

Para Tamayo & Tróccoli²⁴ (2002) o *burnout* mantém uma relação estreita com o suporte organizacional percebido, que contempla: estilos de gestão da chefia; políticas e práticas reguladoras do trabalho; produtividade definida para os trabalhadores; disponibilidade, adequação e suficiência dos recursos materiais e financeiros; apoio social e relacionamento interpessoal com chefia, supervisores e colegas; e recompensas (ascensão funcional, salário, cuidados com o bem-estar). A percepção de suporte organizacional insuficiente é um preditor significativo do esgotamento e constitui fator central do *burnout*.^{14,24}

O conceito de referência para pesquisa e diagnóstico ainda é o de Maslach & Jackson, referido por Tamayo et al:²⁵ o *burnout* é um processo seqüencial que envolve exaustão (perda ou desgaste dos recursos emocionais), despersonalização (sentimentos e atitudes negativas no trabalho) e baixa realização pessoal (sentimentos de inadequação e fracasso). Essa definição originou o Maslach Burnout Inventory (MBI), o instrumento mais utilizado para avaliar essa síndrome, independentemente da origem e ocupação da amostra.²⁵ Apesar das diferenças entre autores acerca da seqüência de aparecimento e significado, os três componentes descritos são fundamentais no *burnout*.^{6,10,19}

Estudos mostraram a significativa distribuição mundial do *burnout* em profissionais de atenção primária, com enfermeiras apresentando alta freqüência de estresse e menor satisfação com o trabalho, especialmente pelas mudanças no processo laboral.^{1,19} No Brasil, as pesquisas sobre essa síndrome em profissionais da saúde, efetuadas principalmente em hospitais, constataram sua presença entre médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.^{14,24}

O objetivo do presente estudo foi compreender como enfermeiras da Estratégia Saúde da Família vivem a superposição de atribuições e a construção da autonomia técnica.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo qualitativo realizado com 22 profissionais de enfermagem em Recife, PE, entre agosto/2005 e novembro/2006. As profissionais que integravam as 24 equipes de saúde da família selecionadas foram convidadas a participar da pesquisa. Houve uma recusa e outra profissional gozava licença de saúde.

Para escolha das equipes, os gerentes dos seis distritos sanitários, com seu grupo técnico, fizeram um julgamento mediante perguntas de estimativa que indicavam, para cada item, grau de intensidade decrescente. Nos itens relacionados à existência de conflitos na equipe, entre equipe e distrito sanitário, entre equipe e comunidade e de violência pública na área, as categorias de respostas foram: sempre, às vezes, raramente e nunca. Para a pergunta sobre dificuldade no acesso geográfico, as respostas foram: muita, pouca, nenhuma.

A partir da soma dos valores correspondentes aos itens mencionados, cada equipe foi classificada em situação boa, regular, ruim e péssima. Quando duas ou mais equipes totalizaram o mesmo número de pontos, deu-se prioridade àquela com mais conflitos internos. Quando o mesmo número de pontos correspondeu a pontuações iguais nos itens avaliados, fez-se sorteio utilizando tabela de números aleatórios. Selecionaram-se 24 equipes com mais de um ano de atuação (quatro boas, sete regulares, sete ruins e seis com péssimas situações de trabalho). Em dois dos distritos nenhuma equipe foi classificada como boa, sendo incluída mais uma representante da classe predominante.

Todas as equipes selecionadas foram submetidas a uma visita de reconhecimento da unidade para estabelecer contato com o ambiente de trabalho. As entrevistas foram efetuadas por duas pesquisadoras, fora dos serviços, para assegurar o sigilo e favorecer a reflexão suscitada pelo roteiro, que contemplou: trajetória profissional, expectativas e relevância do trabalho, papel do profissional, organização e processo de trabalho, relações na equipe, relações da equipe com o distrito e com a comunidade, sentimentos sobre as práticas, morbidade referida ao trabalho e qualidade de vida.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Realizaram-se no mínimo duas sessões para explorar o roteiro. Para garantir o anonimato dos pesquisados, nas citações ilustrativas apresentadas nos resultados, à identificação da categoria profissional segue o número atribuído à equipe.

Utilizou-se abordagem hermenêutico-dialética.^{8,12} Na análise procedeu-se a: (a) leitura inicial para apreender o “todo” de cada depoimento; (b) exploração minuciosa para conhecer os interesses e sentidos dos discursos; e (c) identificação de idéias e sentimentos mediante os quais são construídas as vivências do trabalho. Ao longo do processo, considerou-se a inter-relação entre dimensões subjetivas e contextuais. A participação de três pesquisadoras ampliou a visão da racionalidade das enfermeiras, cujas principais áreas temáticas desenvolvidas com base no material empírico foram: (1) superposição de tarefas e responsabilidades; (2) construção da autonomia técnica; (3) discrepância entre valores institucionais e desejos individuais; e (4) iniquidade no tratamento institucional. O estudo analisou os dois

primeiros temas sob a perspectiva do *burnout*, valorizando semelhanças e variações entre discursos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das enfermeiras tinha entre sete e 14 anos de formadas (amplitude entre 6,5 anos e 26 anos). Quinze continuavam vinculadas a outro serviço, sendo 11 plantonistas. O tempo de atuação na ESF para a maior parte foi de três a sete anos (distribuição entre três e 11 anos); 12 delas trabalharam nesse modelo assistencial em outros municípios e 12 foram supervisoras do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.

A inserção na ESF decorreu da expectativa de realizar trabalho educativo, principalmente mediante atividades coletivas que, tidas como fundamentais para promoção da saúde, demarcariam a diferença entre atenção tradicional e modelo atual. Motivaram-se também devido à remuneração diferenciada, ao desejo de trabalhar na saúde pública, à percepção de maior valorização dos enfermeiros sanitaristas e à possibilidade de fazer consultas de enfermagem. No período de realização das entrevistas, 18 tinham regime de contrato temporário.

Superposição de tarefas e responsabilidades

Os obstáculos para efetivação das práticas educativas grupais produziram enorme frustração e sentimento de perda pelo desacordo com o que é percebido como sendo a missão da ESF. Esses impedimentos dizem respeito, especialmente, ao tempo gasto nas consultas e funções gerenciais, falta de espaço nas unidades e desinteresse da comunidade, agentes comunitários de saúde e médicos. A maioria tinha entre um e cinco anos na equipe atual (distribuição entre um ano e três meses e dez anos), sendo comum expressarem a insatisfação de suas expectativas quanto ao trabalho.

Numa semana típica, conforme os relatos, ocupavam entre seis e sete turnos com consultas: pré-natal, puericultura, planejamento familiar e prevenção do câncer cérvico-uterino. No tempo restante realizavam atividades educativas grupais, visitas domiciliares, reunião com equipe, atendimento dos doentes de tuberculose e hanseníase, supervisão de agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem, consolidação dos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica e coordenação das campanhas de vacinação e semanas comemorativas (amamentação, dengue, dentre outros). Como gerentes respondiam pela manutenção da unidade, suprimentos, marcação de consultas e exames especializados.

Para as enfermeiras, o número excessivo de famílias e o suporte organizacional insuficiente (área física, medicamentos, apoio diagnóstico, atenção especializada, capacitação) levavam ao descumprimento das normas da ESF. A forte pressão emocional decorrente de demandas insatisfeitas dos usuários é motivo sistemático de angústia, estresse e desgaste.^{19,25} Essas profissionais representam uma referência na busca de superação das dificuldades: usuários, distritos e equipes costumam dirigir-se a elas, independentemente de quem esteja gerenciando a unidade.

“(...) quando você chega tem três, quatro esperando por você – é uma pessoa que chegou atrasada, é outra que quer uma pomada, que não está com a marcação... Então, estressa você durante o seu atendimento, passa a ser uma coisa inquietante, muitas vezes eu não bebo água pra não ir ao banheiro, porque pra ir ao banheiro eu preciso passar na recepção e passar lá pra mim é uma tortura porque, quando eu vou passando, eu tenho que resolver mil problemas. Então, assim, estressa.” (Enfermeira 4)

A sobrecarga reforça as críticas sobre a divisão de tarefas, sobretudo o pouco envolvimento dos médicos com a administração e sistema de informação. As participantes responsabilizam os distritos pela desigualdade na repartição de tarefas, afirmando que as equipes distritais e locais reproduzem concepções arraigadas da dimensão gerencial do trabalho da enfermeira que não condizem com a ESF. A percepção da falta de equidade que origina o sentimento de ser injustiçada é uma constante.^{19,25}

“Isso aí é uma polêmica, não é?, porque assim tudo gira em torno da enfermeira. Lógico que tem ajuda, mas ajuda não é a responsabilidade de fazer... (...) eu culpo o distrito sanitário, o distrito só procura a enfermeira. Qualquer programa, qualquer levantamento, qualquer atividade, é com a enfermeira! Eu acho totalmente errado.” (Enfermeira 1)

No hospital, a primazia no processo de trabalho é da função gerencial. Já na ESF a simultaneidade da prioridade concedida à assistência e atividades administrativas acentua a sobrecarga. Daí a cobrança para incluir a gerência no campo de competência médica. Essa insatisfação também revela uma experiência a ser superada: o distanciamento do cuidado direto levou à perda da autonomia na equipe hospitalar. Na ESF, para desempenhar o papel que lhes cabe, a autonomia deve ser reconquistada. Observa-se também a indefinição sobre o objeto de trabalho dos enfermeiros.^{11,13} Segundo Peduzzi & Hausmann⁸ (2005), os órgãos formadores tendem a negar a gerência como parte constitutiva do

⁸ Peduzzi M, Hausmann M. A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2004 Out 24-29; Gramado, BR: Associação Brasileira de Enfermagem; 2004 [citado 2007 dez 10]. Disponível em: <http://www.bstorm.com.br/enfermagem/palestrantes/Marina%20Peduzzi.php>

trabalho de enfermagem e a valorizar a assistência como se ambos não fossem complementares.

Num contexto de grande necessidade de afirmação profissional, as enfermeiras sentiam-se superexigidas no trabalho, trazendo à discussão aquilo que denominaram de polêmica da polivalência que leva os enfermeiros a fazer de tudo um pouco.²⁰ Conforme Sorrato & Pinto²³ (2000), a combinação de muitas tarefas distintas representa uma exigência maior na preparação e execução do trabalho, provocando cansaço, desgaste e esgotamento. Os depoimentos revelam as conseqüências do estresse crônico na saúde e qualidade do trabalho das enfermeiras (absenteísmo e nove das entrevistadas já trocaram de equipe).

“A enfermeira trabalha muito, é uma sobrecarga imensa, muitas vezes a gente pensa que não vai dar conta, porque, além de toda uma burocracia, além de assistir, da área, ainda tem aquelas pessoas que a gente precisa ouvir, porque a enfermeira no PSF termina sendo assistente social, psicóloga, nutricionista, se brincar até passa por médico da equipe. (...) faz umas duas, três semanas, mais ou menos, que eu adoeci mesmo. O médico já disse que é por estresse, porque a sobrecarga da gente é muito grande.” (Enfermeira 7)

No presente estudo, a polivalência aumentava o conflito entre o que deve ser feito e a pressão do tempo, levando à percepção de que os problemas eram maiores que os recursos disponíveis para resolvê-los,⁶ gerando ansiedade, sentimentos de impotência e frustração. A incompatibilidade entre exigências do trabalho e da família acentua a sobrecarga percebida que, na falta de perspectiva de mudanças em curto prazo, resulta em baixa realização profissional, esgotamento e pouco envolvimento no trabalho.^{22,23} Isso ocorre particularmente quando a intensidade dos conflitos não permite contar com o apoio dos colegas.

“(...) eu me sinto sobrecarregada, às vezes chego à unidade e não me entrego como antes, às vezes eu me pergunto: ‘o que é que está acontecendo comigo?’. Antigamente o meu trabalho era muito mais prazeroso, eu me envolvia mais nas ações, hoje eu não consigo me envolver tanto e outros também não se envolvem, cada um vai lá, faz a sua parte, seu expediente e depois acabou.” (Enfermeira 22)

Construção da autonomia técnica

Para Moreira¹³ (1999), as reflexões sobre a autonomia técnica deveriam deslocar a atenção para a pulverização produzida no campo de saber pela heterogeneidade das práticas de enfermagem. Gomes & Oliveira¹¹ (2005) afirmaram que a autonomia técnica transcende a relação

enfermagem–hegemonia médica, estando relacionada ao saber operante que define o campo próprio e o campo comum de conhecimentos e práticas voltados para resolubilidade da atenção. Portanto, a autonomia é associada ao melhor delineamento do objeto de trabalho dos enfermeiros.

Em Recife, Cartaxo^b identificou controvérsias na formação universitária de enfermeiros acerca da sua prática. Professores e estudantes dividiram-se em duas correntes: uma associava a consulta e a prescrição de medicamentos ao processo emancipatório da prática dos enfermeiros, enquanto a outra questionava a legitimidade dessas atribuições, considerando-as polêmicas. No presente estudo, as enfermeiras reiteram as divergências sobre as possibilidades do exercício profissional da enfermagem na ESF, em referência à definição sobre o que é essencial e o que é instrumental à profissão.

“(...) a minha dificuldade maior é em relação à médica, ela não tem experiência com atendimento à gestante; quando eu tenho uma paciente com algum risco, ela faz: ‘encaminhe, encaminhe!’ Eu posso encaminhar? Eu sei pegar um formulário e encaminhar, mas ela é minha referência; eu não tenho que encaminhar paciente, a não ser que ela esteja de férias: eu boto sempre no rodapezinho da página ‘médica da equipe se encontra de férias’. eu sei que isso é atividade de médico, eu sei até onde eu posso ir.” (Enfermeira 20)

“(...) os usuários que a gente encaminha, seja policlínica ou outra referência, têm dificuldade, de o profissional até dizer que o enfermeiro não tem capacidade de fazer encaminhamento, que não vai atender aquilo porque foi um enfermeiro que encaminhou.” (Enfermeira 3)

Particularmente entre as profissionais com maior tempo de formação, a consulta de enfermagem desperta a sensação de vulnerabilidade profissional, tanto pela compreensão de que os enfermeiros não estão devidamente capacitados para o exercício da clínica, quanto pela percepção de que ainda não foram claramente definidos os limites de sua competência nesse domínio. Como as crianças chegam quase sempre doentes, a puericultura é um campo fértil de incertezas que provocam insegurança de natureza técnica e ética. Isso requer maior suporte técnico e uma delimitação mais consistente do que é próprio da profissão.

“Eu acho muito difícil a puericultura, porque as mães não têm ainda esse costume de levar a criança sempre sadia. O AIDPI (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância) ajuda muito, mas é uma carga de responsabilidade imensa. (...) a enfermeira não teve formação para fazer exames clínicos, medicar, mesmo

^b Cartaxo CMB. A formação profissional da enfermagem como prática social: um estudo no campo das representações sociais. [tese de doutorado]. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia da Educação da PUC; 2003.

dentro do programa. (...) você corre um risco muito grande porque não tem nada muito definido, onde é que pode ir, onde é que não pode ir?” (Enfermeira 1)

Há mais de 20 anos, a regulamentação profissional contempla um conjunto de atividades clínicas privativas dos enfermeiros, voltadas à atenção primária de saúde. Desde então, é reconhecida a insuficiente formação para o desempenho dessas atividades.²¹ Com trajetórias profissionais construídas principalmente na rede hospitalar, foi após a inserção na ESF que a maioria das entrevistadas iniciou a formação requerida pelo modelo assistencial. Diante dos desafios, algumas questionam a adequação do currículo de enfermagem ao exercício qualificado das múltiplas faces da dimensão clínica de sua prática.

“A universidade precisa de uma mudança, a gente passa muito tempo aprendendo a dobrar lençol, deixando um pouquinho a questão da farmacologia de lado. (...) os médicos pagam não sei quanto tempo de farmacologia e a gente paga só dois períodos. (...) existem as padronizações do Ministério, que eu tento seguir à risca para não ter problemas técnicos, profissionais.” (Enfermeira 19)

Segundo os relatos das enfermeiras, na divisão do trabalho na equipe, os médicos nem sempre estão capacitados para prestar assistência resolutiva, comprometendo a necessária interdependência da autonomia e da responsabilidade que lhes compete. A impossibilidade de continuar o atendimento na equipe, ou de esclarecer dúvidas acerca da conduta, suscita conflitos e aumenta a insegurança técnica dessa profissional com relação às decisões clínicas,¹⁵ sobretudo na atenção pré-natal. Acentua-se a premência de apoio técnico.

“(...) tem profissionais que não têm capacitação adequada pra atuar... devia ser assim, médico atuar em pré-natal, mas, geralmente, são pediatras, não têm certa vivência em pré-natal, aí fica só a enfermeira com pré-natal, mas de repente a enfermeira tem uma dúvida, ela não tem como tirar essa dúvida porque o médico também não sabe. (...) eu me sinto um pouco perdida, sem saber a quem recorrer. Aí você tem que ir pro livro ou então encaminhar pra um pré-natal de alto risco, se for alguma coisa que você acha que precisa ser encaminhada.” (Enfermeira 5)

O suporte organizacional aquém do necessário requer enorme investimento afetivo e cognitivo para diminuir a distância entre trabalho prescrito e realizado.⁶ A sobrecarga, as indefinições e limitações no desempenho de papéis e os conflitos interpessoais favorecem o *burnout*.²² Nas vivências ambíguas, instáveis, convivem estresse, sentimento de desqualificação pela falta de isonomia salarial com médicos, baixa realização profissional, adoecimento físico e mental e reconhecimento da relevância do trabalho e do próprio desempenho.

Entre aquelas com menos tempo de formadas, houve relatos de satisfação com o poder e prestígio do enfermeiro na ESF.

“(...) é desgastante, é mais desgastante você lidar com a comunidade, porta a porta, desgasta muito, mas é o lugar que melhor remunera a enfermeira. (...) pra enfermeira eu acho que é o lugar, porque em hospital você não tem nenhuma liberdade de fazer nada; tudo que você faz no hospital tem que ter prescrição médica, tudo que você faz alguém tem que assinar, tem que pedir, tem que solicitar, no PSF não.” (Enfermeira 15)

É preocupante a busca de soluções pessoais, para tensões originadas no trabalho e a administração do desgaste ocupacional com paliativos (atividades religiosas, automassagem, ioga, florais, Reiki, medicamentos). O desenvolvimento de estratégias de escape para reduzir as conseqüências do estresse laboral crônico e continuar a trabalhar favorece a aparição do *burnout*. Aspectos individuais não podem ser descartados, mas convém enfatizar os processos organizacionais de melhor suporte ao trabalho das equipes e à saúde de seus integrantes. A promoção da saúde no trabalho pressupõe espaço para o diálogo permanente entre planejamento, execução, gestão e avaliação.^{10,24}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na ambigüidade das experiências no trabalho é marcante a insatisfação das profissionais, comumente considerada como um dos sentimentos constituintes do *burnout*. Soratto & Pinto²³ (2000) alertaram que, mesmo entre os profissionais que se percebem como superexigidos e levados ao limite de suas resistências, a insatisfação ainda pode ser incipiente, e todos os profissionais insatisfeitos apresentam alguma manifestação associada ao *burnout*. Há uma relação inversa entre esgotamento e satisfação no trabalho, bem como relação direta entre afetividade positiva e satisfação laboral. Pesquisa realizada numa organização hospitalar brasileira apontou a satisfação como um fator de proteção contra essa síndrome.¹⁸

A autonomia almejada pelas enfermeiras é referida a um saber e a um ser-capaz-de-fazer que remeta à práxis, na qual, segundo Gadamer⁹ (2006), se vivencia um permanente processo de aprendizado e autocorreção, seja com o sucesso, seja com o fracasso. Na ESF, parte essencial dessa aprendizagem é o profissional reconhecer a necessidade do trabalho do outro e a divisão de tarefas, discutindo aspectos nucleares da organização e processo de trabalho, tais como autonomia técnica, integração das ações, interação comunicativa, suporte institucional e relações com a comunidade.¹⁶

Castoriadis⁵ (1982) argumentou que na práxis existe uma relação interna entre o que é visado

(desenvolvimento da autonomia) e aquilo por que ele é visado (exercício dessa autonomia), que é condicionada pelos contextos de interação. Nesse sentido, a participação na identificação de necessidades, eleição de prioridades, efetivação de decisões, operacionalização e avaliação das iniciativas relacionadas à integralidade da atenção em saúde ampliam a possibilidade de interferir e mudar as condições de trabalho,¹⁵ fortalecendo os sentimentos positivos que lhes são relacionados.

Considerando-se a tensão entre transformações buscadas pela ESF e interesses particulares dos membros das equipes, é imprescindível que haja interlocução ao satisfazer as necessidades da comunidade (missão da ESF) e alcançar a própria satisfação no trabalho. A interlocução possibilita o desenvolvimento de estratégias criativas para enfrentar o *burnout*, as quais, parafraseando Campos⁴ (2000: 129), permitem: “descobrir balanceamentos singulares entre o atendimento de necessidades sociais e o interesse dos agentes produtores”.

REFERÊNCIAS

1. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78:505-16. DOI:10.1590/S1135-57272004000400008
2. Almeida MCP, LC Mishima. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface (Botucatu)*. 2001;5(9):150-3. DOI:10.1590/S1414-32832001000200012
3. Borges LO, Argolo JCT, Pereira ALS, Machado EAP, Silva WS. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol Reflex Crit*. 2002;15(1):189-200. DOI:10.1590/S0102-79722002000100020
4. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000. Democracia institucional e co-gestão de coletivos organizados para a produção. p. 121-84.
5. Castoriadis C. A instituição imaginária da sociedade. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
6. Codo W, Vasques-Menezes I. O que é burnout? In: Codo W, organizador. Educação: carinho e trabalho. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2000. p.237-254.
7. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(2):262-8. DOI:10.1590/S0104-11692005000200020
8. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
9. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006.
10. Gil-Monte P, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *An Psicol*. 1999;15(2):261-8.
11. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):45-53. DOI:10.1590/S0080-62342005000200004
12. Habermas J. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: L&PM; 1987.
13. Moreira MCN. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1999;7(1):55-65. DOI:10.1590/S0104-11691999000100008
14. Oliveira PR, Tristão RM, Neiva ER. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. *Educ Prof*. 2006;1(1):27-37.
15. Onocko Campos R. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec; 2003.
16. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Rev Trabalho Educ Saude*. 2002;1(1):75-91.
17. Ricoeur P. O si-mesmo como um outro. Campinas: Papirus; 1991.
18. Rosa C, Carlotto MS. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Rev SBPH* 2005;8(2):1-15.
19. Ruiz CO, Rios FL. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psicol*. 2004;4(1)137-60.
20. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(Esp):777-81.
21. Silva AL, Padilha MICS, Borenstein MS. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002; 10(4):586-95. DOI:10.1590/S0104-11692002000400017
22. Soratto L, Pinto RM. Atitude no trabalho e burnout. In: Codo W, organizador. Educação: carinho e trabalho. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2000. p.278-81.
23. Soratto L, Pinto RM. Burnout e carga mental no trabalho. In: Codo W, organizador. Educação: carinho e trabalho. 2. ed. Petrópolis:Vozes, 2000. p.282-92.
24. Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Est Psicol (Natal)*. 2002;7(1):37-46. DOI:10.1590/S1413-294X2002000100005
25. Tamayo MR, Tróccoli BT. Burnout no trabalho. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2002. p.45-63.

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq Edital MCT/SCTIE/DECIT/MS/CNPq 037/2004 (PPSUS-2004) – Processo nº403149/2004-5) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS – Carta Acordo BR/LOA/0500107.001).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.