



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

JÚLIO RICARDO FRANÇA

**VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS
NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA**

CORUMBÁ-MS

2019

JÚLIO RICARDO FRANÇA

**VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS
NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA**

Dissertação de Mestrado em Estudos
Fronteiriços da Universidade Federal de
Mato Grosso do Sul, Campus do
Pantanal, apresentada como requisito
para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa Catherina Neumann Figueiredo

CORUMBÁ-MS

2019

JÚLIO RICARDO FRANÇA

**VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS
NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA**

Dissertação de Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, apresentada como requisito para obtenção do título de mestre, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vanessa Catherina Neumann Figueiredo.

Aprovado em ___/___/___, com Conceito _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Vanessa Catherina Neumann Figueiredo
Presidente da Banca Examinadora
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Prof.^a Dr.^a Silviamar Camponogara
Examinadora
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

Prof.^o Dr. Edgar Aparecido da Costa
Examinador
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Prof.^o Dr. Carlo Henrique Golin
Suplente
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Gostaria de dedicar esta dissertação a todas(os) as(os) profissionais de enfermagem que labutam noite e dia, sem perder o cerne da profissão: o cuidado.

AGRADECIMENTOS

Primeiro de tudo, gostaria de agradecer a Deus por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. Agradeço a Ele também por manter a minha família com saúde.

Agradeço à minha esposa, Melissa, pessoa que me dá forças e está sempre comigo momentos de felicidade, é a pessoa que Deus escolheu para ser minha companheira pra vida toda. Te amo meu amor!

Agradeço à minha irmã, Isabella, que me ajudou durante a elaboração da dissertação e aos meus pais, que sempre me motivaram, entenderam as minhas faltas e momentos de afastamento e reclusão e me mostraram o quanto era importante estudar, mesmo não tendo eles a mesma oportunidade no passado.

Agradeço à minha amiga Aila, quem me apresentou o mestrado para cursar como aluno especial e que, por consequência, me identifiquei com o programa e acabei sendo aprovado como aluno regular, conhecendo uma professora muito especial, que me despertou o interesse pelo estudo da Psicodinâmica. Agradeço também à minha amiga Luiza, uma pessoa muito querida que Deus colocou no meu caminho para me ajudar com a prova de suficiência em língua estrangeira.

Agradeço a todos os colegas da turma de 2017 do Mestrado em Estudos Fronteiriços pelas relações que estabelecemos ao longo do curso, pelas amizades que sugiram e pela troca de saberes num olhar multidisciplinar. Não poderia deixar de citar a Gaby e a professora Bia, que estão à frente da coordenação do mestrado que NUNCA mediram esforços para atender minhas diversas necessidades. Gratidão!

A toda equipe de enfermagem do Hospital Naval de Ladário, em especial aos meus colegas enfermeiros, que me motivam diariamente para ser um profissional melhor a cada dia.

Agradeço muito os meus amigos Valdir, Diana e Aline, que sempre estiveram ao meu lado, não só nos momentos de glória, mas que compartilharam comigo cada passo dado em minha vida profissional e pessoal. Gratidão!

Muito obrigado a todas enfermeiras que se voluntariaram a participar deste estudo, vocês foram fundamentais para que eu subisse mais um degrau, sem vocês este estudo não existiria.

Agradeço à Profª Drª Silviamar e ao Profº Edgar, que desde a qualificação sempre contribuíram com o desenvolvimento deste estudo, e que sempre estiveram presentes nos momentos que foi preciso. Muito Obrigado!

Agora, é hora de agradecer uma pessoa me conduziu maravilhosamente na orientação desta dissertação, minha orientadora, professora Vanessa, que já dizia, "fazer um mestrado exige dedicação e esforço". A Vanessa é uma professora ímpar de coração enorme, de uma simplicidade sem tamanho. Ser orientando dela não é fonte de sofrimento, pois a cada orientação, uma luz, a cada passo, um abraço, sempre muito gentil e pronta para tirar qualquer dúvida que aparecesse no meio do caminho, pois nossa relação de confiança e credibilidade afagou qualquer medo ou angústias que pudessem existir ao decorrer desses dois anos de pesquisa. Com ela aprendi o verdadeiro significado de um professor orientador e foi tudo mais leve.

Ao final deste percurso, todos que contribuíram de alguma forma para que eu pudesse conquistar este objetivo, eu gostaria que se sentissem abraçados, pois nada se conquista sozinho, todos vocês colocaram seu tijolinho nesta construção.

Até aqui, sou grato!

Obrigado Deus!

” Segue o teu destino;
Rega as tuas plantas;
Ama as tuas rosas.
O resto é a sombra
de árvores alheias.”
(Fernando Pessoa)

“Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter; repugná-la-íamos se a tivéssemos. O perfeito é o desumano, porque o homem é imperfeito”.

(Fernando Pessoa)

FRANÇA, Júlio Ricardo. **Vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras na fronteira Brasil-Bolívia**. 2019. 97 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Estudos Fronteiriços, Campus do Pantanal da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Corumbá - MS: UFMS, 2019.

RESUMO

Esta dissertação apresenta uma pesquisa realizada no município de Corumbá-MS, seu objetivo foi de analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família da fronteira Brasil-Bolívia. Para isso foi necessário compreender os aspectos da organização do trabalho e das relações profissionais que se referem ao atendimento dos bolivianos; analisar os aspectos da organização do trabalho e das condições laborais geradoras de sofrimento no trabalho e analisar as estratégias coletivas de enfrentamento usadas no embate com as dificuldades do trabalho real. Trata-se de um estudo analítico, de abordagem mista, baseado no referencial da Psicodinâmica do Trabalho, do qual participaram 20 enfermeiras que atuam em Estratégia de Saúde da Família, que responderam ao Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART), a uma entrevista semiestruturada e ao levantamento da quantidade de atendimentos realizados na unidade de saúde. Os resultados evidenciaram um elevado risco psicossocial decorrente do dano psicológico, constatando-se a ocorrência da patologia social da violência sob a forma de assédio moral. Foi constatado também o uso da racionalização, danos físicos, a sensação de adoecimento por sobrecarga, estresse e medo, bem como, o compartilhamento de estratégias coletivas de defesa para o enfrentamento ou adaptação ao trabalho. O sofrimento relatado foi relacionado ao estilo de gestão e às falhas na organização do trabalho, não sendo atribuído aos atendimentos dos bolivianos, os quais não por si só não eram geradores de sobrecarga.

DESCRITORES: Psicodinâmica do Trabalho. Prazer no Trabalho. Sofrimento na Enfermagem. Saúde na Fronteira.

FRANÇA, Júlio Ricardo. **Experiences of pleasure and suffering in the work of nurses in the Brazil-Bolivia border.** 2019. 97 f. Master's Degree in Frontier Studies, Pantanal Campus of the Federal University of Mato Grosso do Sul, Corumbá - MS: UFMS, 2019.

ABSTRACT

This dissertation presents a research carried out in the city of Corumbá-MS, whose objective was to analyze the experiences of pleasure and suffering in the work of the nurses who work in the Basic Units of Family Health of the Brazil-Bolivia border. For that, it was necessary to understand the aspects of work organization and professional relations that refer to the care of Bolivians; analyze aspects of work organization and working conditions that generate suffering at work and analyze the collective coping strategies used in the struggle with the difficulties of real work. This is an analytical, mixed-approach study based on the Work Psychodynamics framework, which was attended by 20 nurses who work in the Family Health Strategy, who responded to the Protocol for the Evaluation of Psychosocial Risks at Work (PROART) a semi-structured interview and the survey of the number of visits performed at the health unit. The results showed a high psychosocial risk due to psychological damage, and the occurrence of the social pathology of violence in the form of moral harassment. It was also observed the use of rationalization, physical damage, the sensation of illness due to overload, stress and fear, as well as the sharing of collective defense strategies for confrontation or adaptation to work. The reported suffering was related to the style of gesture and to the failures in the organization of work, not attributed to the attendance of the Bolivians, who were not in themselves not generators of overload.

DESCRIPTOR: Psychodynamics of Work. Pleasure in the Work. Suffering in Nursing. Health at the Border.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Resultado da articulação analítica das dimensões avaliadas na EOPT, EEG, ESPT e EADRT	77
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem
- ACE - Agente de Combate à Endemias
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- CF - Constituição Federal
- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
- CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social
- EDRT - Escala de Danos Relacionados ao Trabalho
- EEG - Escala de Estilo de Gestão
- EOPT - Escala de Organização Prescrita do Trabalho
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- ESPT - Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho
- MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OT - Organização do Trabalho
- PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
- PDT - Psicodinâmica do Trabalho
- PROART - Protocolo de Avaliação Psicossociais no Trabalho
- SIS-Fronteiras - Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido
- TCUD - Termo de Consentimento de Uso de Dados
- TCUSV - Termo de Consentimento de Uso do Som da Voz
- UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

SEÇÃO I	14
1. INTRODUÇÃO	14
SEÇÃO II	20
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1. A FRONTEIRA E A SAÚDE	20
2.2. SOBRE O SIS-FRONTEIRA E LEIS DE ACESSO À SAÚDE	25
2.3. A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	29
2.4. PSICODINÂMICA DO TRABALHO	34
SEÇÃO III	40
3. MATERIAIS, MÉTODOS E PERCURSO DA PESQUISA	40
3.1. INSTRUMENTOS	41
3.1.1. Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART)	41
3.1.2. Roteiro Semiestruturado: buscando entender as especificidades do trabalho	43
3.1.3. Levantamento da Quantidade de Atendimentos Erro! Indicador não definido.	
3.2 PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO	43
3.3 ANÁLISE DE DADOS.....	45
SEÇÃO IV	47
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	47
4.2. ARTICULAÇÃO ANALÍTICA DOS RESULTADOS QUANTITATIVO.....	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXO 1 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO (PROART)	

ANEXO 2 - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

ANEXO 3 - LEVANTAMENTO DA QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ-MS

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE 3 - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS (TCUD)

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO DO USO DO SOM DA VOZ (TCUSV)

APÊNDICE 5 - ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

APÊNDICE 6 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

APÊNDICE 7 - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA A PARTIR DO ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

APÊNDICE 8 - RESULTADO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS (PROART)

SEÇÃO I

1. INTRODUÇÃO

O interesse por estudar o trabalho das enfermeiras que atuam na saúde pública e na fronteira Brasil-Bolívia surgiu a partir de dois momentos marcantes: o primeiro, pela vivência estabelecida com a atenção básica por um trabalho realizado como preceptor de estágio supervisionado em disciplinas relacionadas à atenção básica com alunos da graduação do curso de enfermagem de uma universidade privada do município de Corumbá/MS e o segundo, pelos atendimentos realizados aos pacientes estrangeiros.

Motivado pelo estudo multiprofissional e interdisciplinar, foi-me apresentada a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) na disciplina de Saúde, Trabalho e Subjetividade, enquanto ainda era aluno especial no Programa de Mestrado em Estudos Fronteiriços - UFMS/CPAN, o que motivou meu ingresso neste programa como aluno regular, bem como o desenvolvimento deste estudo.

Considerando a proximidade e a facilidade de acesso da população boliviana ao município de Corumbá, que se dá por via terrestre e por via fluvial, e que no Brasil o sistema de saúde é público e universal, esta pesquisa busca entender de que maneira o atendimento a populações advindas do país vizinho impacta sobre o bem-estar de enfermeiros(as) que atuam na Estratégia da Família, trabalho de acolhimento que é atravessado pela compreensão elaborada acerca do direito ao atendimento por parte dos estrangeiros, o que necessita de maiores investigações. Isso por que embora a política do Sistema Único de Saúde seja de caráter estatal e tenha sido construída *a priori* para os cidadãos residentes no Brasil, as próprias dinâmicas territoriais impuseram ao Estado a necessidade de pensá-la para além das fronteiras internas, surgindo no âmbito do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) o debate sobre o deslocamento populacional na busca por políticas de saúde para otimizar este atendimento. (FEITOSA, 2015).

Assim, para além das próprias dificuldades e desafios do atendimento realizado no SUS, que envolvem a precariedade das condições materiais e estruturais, aspectos específicos das tarefas previstas pela organização do trabalho, relações profissionais e de poder estabelecidas, as enfermeiras nas Unidades Básicas de Saúde da Família localizadas na fronteira têm por especificidade a

responsabilidade ética de atender a população boliviana. Parte-se, portanto, da hipótese de que a atuação feita na fronteira pode gerar sobrecarga e desgaste, já que envolve maior dedicação e investimento afetivo-cognitivo-emocional frente aos que buscam auxílio, de acordo com a própria formação ético-humanitária, a qual deve ser seguida. (ARRETCHE, 2009).

No Brasil, o serviço de atenção à saúde se fundamenta nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de equidade, universalidade e integralidade, ultrapassando os limites do atendimento somente aos brasileiros e estendendo-se também a estrangeiros. Ao seguir as normativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da regulação ético-política, prescreve-se trabalhadores da enfermagem o respeito e a garantia aos direitos humanos, “na perspectiva de ética de responsabilidade e justiça social global”. (GUERRA; VENTURA, 2017, p. 123).

Embora não existam dados objetivos e sistematizados acerca desses atendimentos (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013; FEITOSA, 2015), a procura por acesso a serviços de saúde por populações residentes nos países vizinhos é frequente e cotidiana no país, sendo que o Brasil possui uma fronteira terrestre de 15.791 km que faz divisa com 10 países da América do Sul (Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela) contabilizando 588 municípios situados na faixa de fronteira.

Na faixa de fronteira¹ Brasil-Bolívia, constituída por dois municípios localizados no extremo oeste de Mato Grosso do Sul (Ladário e Corumbá) e dois municípios no extremo leste do Departamento de Santa Cruz (Puerto Quijarro e Puerto Suarez), a população estabelece múltiplas relações que movimentam a economia e a cultura, devido ao comércio, trabalho e educação (SILVA; FERREIRA, 2013). Para Giovanella (2007) e Albuquerque (2010) as interações do tipo capilar², como as estabelecidas em Corumbá e Puerto Quijarro, permitem agilidade no

¹ Conforme estabelecido pela Lei nº 6.634, de 02 de maio de 1979, a faixa de fronteira é caracterizada geograficamente por um espaço de 150 km de largura, paralelo à linha de divisória do território nacional. (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013).

² As interações de tipo capilar são caracterizadas por trocas difusas que emergem espontaneamente entre as aglomerações e que podem evoluir no sentido de integração sem patrocínio governamental, seja na construção de infraestrutura de articulação transfronteiriça seja na realização de acordos binacionais. (MACHADO, 2005).

trânsito e no acesso das pessoas em ambos os países, propagando o incremento da cultura e das relações sociais entre ambos povos.

Assim, frente à necessidade de otimizar a integração entre as fronteiras, de financiar e incrementar os equipamentos da área da saúde, surgiu em setembro de 2005 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), um dispositivo programático com a tentativa de reduzir os problemas de acesso ao SUS na região fronteiriça. (SILVA; MACHADO; RIBEIRO, 2009; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015; VALCARENGHI et al., 2015; BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016). O SIS Fronteiras propôs assegurar a melhoria das condições materiais, de forma a assegurar o direito ao acesso da população em todos os níveis de atenção e complexidade, com ações de promoção e prevenção vinculados prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). (SILVA; MACHADO; RIBEIRO, 2009; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015; VALCARENGHI et al., 2015; BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Mesmo contando com o esforço de propiciar condições materiais e repasse de verbas para o atendimento de estrangeiros, o (SIS-Fronteiras) não foi capaz de impactar na percepção de que os estrangeiros gastam a verba que deveria ser voltada para a população brasileira, fato que dificulta a noção de que bolivianos e brasileiros formam a população fronteiriça, complementando-se e compartilhando dos mesmos flagelos e problemas de saúde. Assim, a percepção da gestão em saúde acaba atingindo o trabalho da enfermagem, já que o atendimento ao estrangeiro é atravessado pela negligência, calcada na desinformação acerca das leis e preceitos éticos, bem como pela própria discriminação. (FEITOSA, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015).

Além das condições materiais e estruturais necessárias para a especificidade do trabalho na região fronteiriça, várias são as tarefas e atribuições comuns a todos os enfermeiros atuantes na Atenção Básica, as quais englobam: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), para todos os ciclos de vida; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de

enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE). (BRASIL, 2017a).

A difícil realização de tantas intervenções e programas se torna ainda mais complicada de ser aplicada aos fronteiriços, os quais frequentemente vivenciam obstáculos de acessarem os serviços de saúde, restringindo a própria atuação dos enfermeiros em promoverem ações e seguimento de grupos advindos de outros países, como as previstas para a atenção básica, e observadas as disposições legais da profissão; de realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas na ESF; implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBSF. (BRASIL, 2017b).

Assim, à luz da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) teoria tida como uma abordagem científica no campo do sujeito em relação com a organização do trabalho, Dejours (2007) aponta que o trabalho é permeado pelo prazer e pelo sofrimento e visto que há uma subjetividade no trabalho real, o trabalhador pode sofrer consequências decorrentes deste embate, pois nem sempre a sua relação com as adversidades mobilizara sua subjetividade para fazer o uso de estratégias defensivas, para ressignificar o. (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007).

Levando em conta a diferença existente entre o previsto para a atuação e a realidade vivenciada no trabalho, as condições de trabalho insatisfatórias, a inadequação de recursos/materiais e a baixa remuneração são aspectos que contribuem para a sobrecarga emocional, cognitiva e física no trabalho de enfermeiros que atuam na atenção básica, situação à qual se soma o próprio sofrimento ético de atender estrangeiros. Isso porque o profissional de enfermagem deve assegurar o direito à saúde, previsto inicialmente em 1948 pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, observa o direito de todos a ter um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar. (GUERRA; VENTURA, 2017). Nessas dimensões inclui-se o direito no acesso à alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, além de serviços sociais e segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos em que ocorra

perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (GUERRA; VENTURA, 2017), situação nem sempre cumprida, nem aos brasileiros nem aos bolivianos.

Junto às dificuldades de efetivar ações e políticas que assegurem a saúde para todos, o trabalho de enfermeiros na saúde pública é altamente fragmentado, rotinizado e robotizado, demandando a sobreposição de funções e a aceleração do serviço por conta do número reduzido de trabalhadores. (DAL BEN et al., 2004; SOUZA et al., 2011). Contudo, tal engajamento nem sempre é valorizado, não havendo o reconhecimento da utilidade por parte dos superiores e dos gestores pela dedicação empreendida, que não delega autonomia nem acolhe as necessidades das enfermeiras, sejam elas concretas ou subjetivas, tornando ainda mais desgastante o trabalho e remetendo à sensação de impotência e solidão na resolução de dificuldades. (GOMES et al., 2011; KESSLER; KRUG, 2012; SANTOS et al., 2013). Tal situação pode resultar no uso de estratégias defensivas, na instalação de patologias sociais ou em adoecimento. (SOUZA; LISBOA, 2006; SHIMIZU; CIAMPONE, 1999; PRESTES et al., 2010; TRAESEL; MERLO, 2011).

Embora o sofrimento psíquico possa decorrer do sofrimento patogênico, pela fadiga e frustração por não conseguirem modificar e ressignificar o trabalho, a relação intersubjetiva estabelecida com a organização pode proporcionar o alcance da saúde mental. Quando é possível ao indivíduo reelaborar o trabalho, o sofrimento pode ter um destino criativo e propiciar realização, constituindo-se o julgamento da beleza um elemento essencial para a transformação do sofrimento em prazer. (LANCMAN; UCHIDA, 2011; DEJOURS, 2004). Assim, a atividade assistencial da enfermagem tem sido também relatada como geradora de prazer.

O reconhecimento de pacientes e familiares acerca do serviço prestado constata a importância do sentimento de utilidade e de valorização nos cuidados realizados para a melhora do quadro clínico dos usuários. (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999; DAL BEN et al., 2004; TRAESEL; MERLO, 2011; SOUZA; LISBOA, 2006; PRESTES et al., 2010; GOMES et al., 2011; SOUZA et al., 2011; KESSLER; KRUG, 2012; SANTOS et al., 2013). O relacionamento com a equipe de trabalho pode ser um fator gerador de prazer, e as evidências individuais, relacionadas ao trabalhador e ao prazer no trabalho, são caracterizadas pela satisfação pessoal e gostar do que faz; a valorização da sua competência técnica e o sentimento de utilidade. (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002; TAVARES et al., 2010; GARANHANI et al., 2008).

Buscando compreender as dificuldades e desafios da atuação de enfermeiros na saúde pública na fronteira Brasil-Bolívia, esta pesquisa teve como **objetivo geral** analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras lotadas nas ESF's localizadas na cidade de Corumbá/MS. Para isso, os **objetivos específicos** foram compreender os aspectos da organização do trabalho e das relações profissionais que se referem ao atendimento dos bolivianos; analisar os aspectos da organização do trabalho e das condições laborais geradoras de prazer e sofrimento no trabalho, bem como as estratégias coletivas de enfrentamento usadas no embate com as dificuldades do trabalho real.

Para discutir os assuntos propostos nesta dissertação, este estudo foi organizado em seções, que inicia com esta introdução. Na segunda seção são abordadas algumas considerações sobre a enfermagem como profissão, a ESF, a fronteira e a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho. A terceira seção contempla aspectos do percurso metodológico da pesquisa, delineando a aplicabilidade do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART) e dos demais instrumentos utilizados neste estudo. A Análise de Núcleo de Sentido, os resultados do PROART e a discussão, abarcam a quarta e última seção e por fim as considerações finais seguidos das referências bibliográficas, anexos e apêndices.

SEÇÃO II

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A FRONTEIRA E A SAÚDE

No contexto de fronteira e no fluxo migratório, Foucher (2009) traz o contexto de fronteira como um conceito de mundialização, onde os fatores econômicos, geopolíticos, políticos e culturais se estendem igualmente. Para o referido autor, fronteira no sentido estritamente político é uma linha, enquanto no sentido da economia e dos fluxos entre os vizinhos é uma zona, sendo marcada pelas relações econômicas, geopolíticas e culturais. Já para Giovanella (2007), fronteira remete à demarcação territorial e limites de terras entre diferentes nações, enquanto o limite é uma condição para a existência da fronteira, não sendo o responsável pela definição de diferenças e preocupações por parte das soberanias nacionais. (HANNERZ, 1997).

Giovanella (2007) relata que as regiões de fronteiras do Brasil têm se mostrado menos desenvolvidas, devido ao baixo *status* socioeconômico relacionado à desigualdade social. Considerando a natureza e sociedade simultaneamente, a territorialidade produto e produtora de estratégias próprias do espaço devido à economia, política e cultura, ideia e matéria, fixos e fluxos, enraizamento, conexão e redes, domínio e subordinação, degradação e proteção ambiental; é local e global, singular e universal. (SAQUET, 2003, 2004).

Dessa forma, para conhecer o estrangeiro é necessário conhecer suas origens e desbravar seus saberes. Para compreender o outro em sua totalidade e na relação entre o homem e a política no contexto de fronteira, partimos de um pressuposto de que a união dos povos se difere da unificação de suas culturas; portanto fronteiras são "diferenças" e o limite está no "ser". (FRANÇOIS, 2004).

De acordo com Saquet (2003, 2004), a cada geração as sociedades herdaram um território com características específicas, as quais podem ser vistas e compreendidas como atributos/trunfos ou obstáculos, dependendo das preocupações e objetivos apreendidos em cada momento histórico. Assim, cada grupo social pode reordenar o território, de acordo com sua lógica de vida.

Embora a divisão dos povos e as demarcações de fronteiras existam em todo o mundo, a interação entre o espaço, a cultura e a economia proporcionam com que as diferenças se mesquem, levando as pessoas a um constante processo de adaptação na direção da união de povos e de seus interesses. (FOUCHER, 2009). Nesse sentido, é possível citar Hannerz (1997), que emocionado ao ler o romance de Jorge Amado (1971) "Tenda dos Milagres", sublinha que o povo de fronteira busca uma relação que modifique sua identidade, em busca de uma nova constituição. Assim, para Raffestin (1993), são as relações entre as pessoas que fazem a fronteira, a qual é influenciada pelas ações intersubjetivas e propiciam o ganho de um olhar multidimensional.

Ao mesmo tempo em que as nações entre os dois países se fundem, há uma disputa política, cultural, territorial e econômica, tanto harmoniosa quanto conflituosa. (ALBUQUERQUE, 2010). Esta relação caracteriza a situação do poder, que pode ser observada no território de cada país, como um espaço definido e delimitado a partir de relações da necessidade de alterações territoriais que se modificam de acordo com os interesses atravessados pelas relações de poder. (FOUCAULT, 1979; RAFFESTIN, 1993).

Assim, o território se mostra como um conceito com grandeza política, "que supõe o exercício do poder e que implica um processo de apropriação, de delimitação e de controle" (ARROYO, 2004, p. 49), como o acesso e organização dos programas e serviços de saúde ofertados no Brasil. Norteados pelo poder federativo e pela Constituição Federal de 1988, a autonomia de municípios e estados segue as prerrogativas indicadas pela União, que "delimita uma área no interior da qual prevalece um conjunto de instituições jurídicas e normas que regulamentam a existência e as atividades de uma sociedade política". (RAFFESTIN, 1993, p. 167).

A complexidade das múltiplas relações existentes na fronteira, notada tanto no cotidiano de vida como no acesso ao SUS, torna essencial a compreensão do espaço, caracterizado pelo fluxo transfronteiriço entre cidades gêmeas da fronteira estudada. (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015). Isso porque, conforme Gottman (2012), a jurisdição de um governo e soberania do Estado ocorrem em um espaço determinado que coincide com a extensão político-geográfico-territorial do país, incidindo, portanto, na descontinuidade do funcionamento dos Sistemas, das Leis e das Políticas de Saúde na relação internacional do Brasil. Tal situação impacta a

população fronteiriça, quando tem acolhido ou negado seu acesso aos serviços de saúde nos municípios limítrofes, de acordo com as demarcações político-administrativas. (BENEDETTI; SALIZZI, 2014, p. 132).

Apesar do limite da soberania sobre a extensão dos programas de saúde ser observado de forma bastante explícita na fronteira, a mobilidade da população induz o Estado a se esforçar para integrar nas ações as áreas consideradas de fronteira, seja pela própria porosidade e grande circulação de pessoas por razões econômicas, culturais, seja por conta da busca de serviços ofertados no outro país, como educação e saúde, por não terem acesso igualitário aos direitos básicos nos seus países de origem. (BENEDETTI; SALIZZI, 2014).

A Bolívia não oferece atendimento gratuito em todos os níveis de complexidade para toda a sua população, falta de cobertura que repercute nos processos de adoecimento dos cidadãos. Nesse país, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) fragmentado, desigual e injusto induz a população a pagar pela assistência à saúde se não pertencer aos grupos vulneráveis de gestantes, crianças até cinco anos e idosos acima de 60 anos. (PEREIRA et al., 2012). Vale ressaltar que no Brasil há aproximadamente 1,5 milhões de imigrantes, com destaque aos bolivianos, que chegam a 200 mil só na cidade de São Paulo. Essa população começou a imigrar para o Brasil na década de 1950, intensificando-se ao longo do tempo devido às oportunidades de trabalho ofertadas especialmente em ateliês de costura caracterizados por condições materiais e de saúde precárias, mesmo assim atraentes. (AGUIAR; MOTA, 2014; EBERHARDT; MIRANDA, 2017).

Com o aumento da imigração e da procura por serviços de saúde gratuitos por parte de bolivianos e demais estrangeiros residentes na fronteira, cresceu a demanda no SUS, tornando mais escassos os materiais para atendimentos, já que o cálculo para o aumento de recursos financeiros considerava apenas o valor *per capita* do município, não sendo contabilizado o serviço prestado a essa população transfronteiriça para o recebimento de recursos. (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

Em função disso, surge em 2005 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), programa do Ministério da Saúde que teve como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. (NOGUEIRA; GIMÉNEZ, 2010), vigorando até 2013,

momento em que trouxe como contribuições a discussão sobre a saúde na fronteira, mas não conseguiu propiciar uma nova forma de entendimento a respeito do acolhimento à saúde por parte da população fronteiriça, formada então por brasileiros e bolivianos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) atribui ao conceito de saúde o direito social e inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, sendo a saúde apresentada como um valor coletivo, um bem de todos. (ALMA ATA, 2001). A Organização das Nações Unidas (ONU) reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país. (ONU, 1978).

Tendo em vista que o direito humanitário à saúde é essencial para a garantia da dignidade (CARNEIRO FILHO, 2013; CARVALHO, 2014; KAMIKAWA; MOTTA, 2014), o artigo 6º da Constituição Federal (CF) de 1988 assegura o acesso aos direitos sociais, educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância, bem como assistência aos desamparados. (BRASIL, 1988). Neste contexto, o Estado deve garantir mediante políticas sociais e econômicas, ações que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Asseverando a relação existente entre determinantes sociais, históricos e econômicos e os agravos à saúde, o caput do artigo 3º da Lei Orgânica do SUS 8.080/1990 salienta que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso a bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990). Nesse sentido, a Lei Orgânica do SUS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, enfatizando o direito à saúde como fundamental e interligado ao desenvolvimento da população, devendo ser efetivado por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças/agravos. (BRASIL, 1990).

Segundo Barros (2014), a compreensão proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a saúde como um completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença, teve papel preponderante na estruturação e (re)ordenação das políticas de saúde implantadas, que passaram a reconhecer a importância da extensão de cobertura dos serviços, a melhoria do meio ambiente para sua efetivação, o desenvolvimento da articulação entre os setores da área, a disponibilidade de produtos e de programas, o financiamento e a formação de recursos humanos capacitados. Para isso, a OMS (1946) organizou a Conferência Internacional de Cuidados Fundamentais de Saúde em Alma-Ata, no final da década de 1970, a qual considerou que sua organização e acesso deveria se dar da seguinte maneira:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstradas e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-las, a um custo que tanto a comunidade como cada país possa manter em cada estágio de desenvolvimento em que se encontre com espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade com o sistema de saúde do país, levando em conta a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (BRASIL, 1988, p. 2).

O Brasil apresenta princípios normativos dispostos na Constituição Federal Brasileira e na Lei Federal Orgânica do SUS 8.080, os quais estabelecem que as restrições aos bens e serviços de saúde são graves violações éticas aos direitos humanos (universalidade, equidade e integralidade), embora não exista regulamentação ou orientação específica sobre o acesso do imigrante ao SUS. (GUERRA; VENTURA, 2017). Adicionalmente, o Estatuto do Estrangeiro, Brasil (2017a) salienta que o residente no Brasil tem os mesmos direitos dos nascidos no país, podendo trabalhar, ter Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e estudar, demonstrando a necessidade de serem repensadas as legislações voltadas para povos estrangeiros e incentivadas as ações de cooperação e formulação de diretrizes para que ocorra a melhoria do acesso à saúde, de forma com que se dê equânime e igualitariamente, levando a todos a valorização do direito e da cidadania. (GIOVANELLA, 2007).

A necessidade de articular a saúde com uma política territorial de integração para a região de fronteira e para o próprio continente sul-americano é

compreensível, dada a ligação entre “as condições de vida dos cidadãos brasileiros e daqueles dos países vizinhos” (GADELHA; COSTA, 2007, p. 224), os quais se encontram em busca de soluções para os mesmos problemas e por uma infraestrutura de serviços mais adequada e gratuita, mostrando-se imprescindíveis a elaboração, análise e implantação de políticas públicas de saúde efetivas, solidárias e voltadas à coletividade da população fronteiriça. (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

2.2. SOBRE O SIS-FRONTIERAS E LEIS DE ACESSO À SAÚDE

Embora a política do SUS seja de caráter estatal e tenha sido construído *a priori* para os cidadãos residentes no Brasil, as próprias dinâmicas territoriais impuseram ao Estado a necessidade de pensá-la para além das fronteiras internas. Foi no âmbito do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) que primeiramente surgiu a necessidade de discutir a circulação das pessoas para além das questões econômicas e comerciais, mas também no deslocamento populacional na busca por políticas de saúde. (FEITOSA, 2015).

Com a globalização e o constante desafio para efetivar o planejamento, o acesso, as ações e serviços em saúde na região de fronteira, o Ministério da Saúde lança em 2005, na cidade de Uruguaiana (Rio Grande do Sul), o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) (CARVALHO, 2014), contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais nos municípios fronteiriços. Como parte do SUS, o SIS-Fronteiras não dispunha os serviços de saúde fora dos limites de jurisdição do território nacional e obedecia à legislação do sistema, tentando oficializar o atendimento à população flutuante e aos imigrantes que de alguma maneira utilizavam da política de saúde brasileira. (FEITOSA, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2015).

A cidade de Corumbá aderiu ao projeto SIS-Fronteiras em 10 de novembro de 2005, comprometendo-se a realizar as suas três fases de execução: diagnóstico local e plano operacional dos municípios fronteiriços; qualificação da gestão, serviços, ações e implementação da rede de saúde para captar recursos financeiros; e implantação de serviços e ações de saúde nos municípios. A demanda por qualificar a assistência à saúde para todos, inclusive para a população flutuante, foi constatada após estudo de pesquisadores do Programa de Mestrado em Estudos

Fronteiriços da UFMS/CPAN observarem que o município era o maior dos que faziam fronteira com a Bolívia, tendo a procura dos serviços de saúde um relevante impacto social e econômico. (FERREIRA; OLIVEIRA NETO; MARIANI, 2015).

Levando em conta a chegada de fluxos migratórios de diversas origens ao país e a saída de brasileiros para residirem no exterior nas últimas décadas, mas que continuavam acessando os serviços no Brasil, tornou-se imperiosa a revisão do arcabouço legal. A migração internacional no Brasil, regulada até então por normas legais implementadas no período do Regime Militar, via o imigrante como uma ameaça à harmonia social do país, predominando o enfoque da segurança nacional, que deveria manter de fora das nossas fronteiras aqueles que tinham intenção causar desordem no território brasileiro. (OLIVEIRA, 2017).

Levando em conta que a falta de efetivação das leis e das políticas públicas constitui um grande gargalo para os problemas de acesso de estrangeiros ao SUS nas fronteiras do Brasil e a solidariedade dos profissionais de saúde no atendimento de emergência que garante o mínimo necessário para o reestabelecimento das condições vitais aos usuários. (NASCIMENTO; ANDRADE, 2018).

Em conformidade com a CF de 1988, a nova Lei da Imigração nº 13.445/2017 descortina um novo cenário mais favorável e aperfeiçoa o acolhimento aos imigrantes (SILVA; CHAVES, 2018), por ser derivada e/ou abarcar: a revogação da Lei nº 6.815/1980, de criação do Conselho Nacional de Imigração; a Lei nº 9.474/1997, que aborda o Plano de Cooperação Internacional; pela Resolução Normativa nº 77/2008, a qual se refere ao visto temporário, permanente ou autorização permanente para cônjuge em união estável; o Projeto de Lei nº 5.565/2009, sobre a política migratória no Brasil; o Decreto nº 6.893/2009, que regulariza os imigrantes que vivem em situação irregular no Brasil; a Resolução Normativa nº 93/2010, a qual concede visto permanente ou permanência para estrangeiros vítimas de tráfico de pessoas, abrangendo a necessidade de controle de grande quantidade de imigrantes que entraram no Brasil pela Bolívia e/ou pelo Paraguai; o Projeto de Lei nº 288/2013, que visa assegurar a garantia dos direitos aos imigrantes; e a Emenda Constitucional nº 25/2012, que objetiva estender aos estrangeiros com residência permanente a capacidade eleitoral passiva e ativa em eleições municipais. (OLIVEIRA, 2017).

A assinatura em 2017 desta Lei de Imigração se constituiu em um fato de muita relevância para o cenário internacional, ao dispor sobre os direitos e os

deveres do migrante e do visitante, regular a entrada e estada no País, e estabelecer princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. (OLIVEIRA, 2017).

Entre as conquistas obtidas com a nova lei destacam-se: (BRASIL, 2017):

Art. 3. - A universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; o repúdio e prevenção à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação; a não criminalização da migração; a não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional; a promoção de entrada regular e de regularização documental; a acolhida humanitária; a garantia do direito à reunião familiar; a igualdade de tratamento e de oportunidade ao migrante e a seus familiares; a inclusão social, laboral e produtiva do migrante por meio de políticas públicas; o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social; a promoção e difusão de direitos, liberdades, garantias e obrigações do migrante; a cooperação internacional com Estados de origem, de trânsito e de destino de movimentos migratórios, a fim de garantir efetiva proteção aos direitos humanos do migrante; a proteção integral e atenção ao superior interesse da criança e do adolescente migrante; a proteção ao brasileiro no exterior; a promoção do reconhecimento acadêmico e do exercício profissional no Brasil, nos termos da lei; e o repúdio a práticas de expulsão ou de deportação coletivas. (BRASIL, 2017).

Art. 4. - Assegura direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos; direito à liberdade de circulação em território nacional; direito à reunião familiar do migrante com seu cônjuge ou companheiro e seus filhos, familiares e dependentes; medidas de proteção a vítimas e testemunhas de crimes e de violações de direitos; direito de transferir recursos decorrentes de sua renda e economias pessoais a outro país, observada a legislação aplicável; direito de reunião para fins pacíficos; direito de associação, inclusive sindical, para fins lícitos; acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória; direito à educação pública, vedada a discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória; garantia de cumprimento de obrigações legais e contratuais trabalhistas e de aplicação das normas de proteção ao trabalhador, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição

migratória; direito de sair, de permanecer e de reingressar em território nacional, mesmo enquanto pendente pedido de autorização de residência, de prorrogação de estada ou de transformação de visto em autorização de residência; e direito do imigrante de ser informado sobre as garantias que lhe são asseguradas para fins de regularização migratória. (BRASIL, 2017).

Outras garantias apresentadas são as de acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória desta lei. (BRASIL, 2017):

Art. 14. - O visto temporário poderá ser concedido ao imigrante que venha ao Brasil com o intuito de estabelecer residência por tempo determinado e que se enquadre em pelo menos uma das seguintes hipóteses:

b) tratamento de saúde;

2º§. O visto temporário para tratamento de saúde poderá ser concedido ao imigrante e a seu acompanhante, desde que o imigrante comprove possuir meios de subsistência suficientes.

Art. 30. - A residência poderá ser autorizada, mediante registro, ao imigrante, ao residente fronteiriço ou ao visitante que se enquadre em uma das seguintes hipóteses:

b) tratamento de saúde;

Art. 77. As políticas públicas para os emigrantes observarão os seguintes princípios e diretrizes:

II - promoção de condições de vida digna, por meio, entre outros, da facilitação do registro consular e da prestação de serviços consulares relativos às áreas de educação, saúde, trabalho, previdência social e cultura. (BRASIL, 2017).

Com a promulgação desta lei, avanços fundamentais para a garantia de direitos e a proteção de migrantes foram colocados em vários dos seus dispositivos, sendo a busca da igualdade entre todos (brasileiros e migrantes) um dos grandes estímulos e um dos maiores imperativos para a construção de uma legislação mais inclusiva e orientada pelo respeito aos direitos humanos. (GADELHA; COSTA, 2007, p. 218).

Mesmo existindo normativas e leis que asseguram o direito de acesso à saúde por parte da população fronteiriça, continua sendo um desafio atender à alta procura dessa população pelo SUS, pela precariedade/falta de recursos materiais e pela alteração produzida na organização do trabalho, dada a extensa carga laboral e a exigência de preparo diferenciado para a adequada prestação de serviços. Acerca da humanização e do acolhimento, é importante pontuar que não é apenas a falta de prescrição normativa, mas também o olhar para o imigrante boliviano como um

sujeito não detentor de direitos e que gasta o orçamento do município que sustentam as práticas de exclusão e a falta de acolhimento na saúde pública. (GADELHA; COSTA, 2007, p. 218).

2.3 A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O trabalho da enfermagem é complexo, pois se estende desde a atenção primária, com cuidados básicos até os cuidados intensivos, oferecidos aos que se encontram em condições graves. Embora sua inserção profissional possa se dar em contextos com diversas peculiaridades quanto à estrutura física, processos de trabalho e relacionamentos interpessoais, o contato com a doença e a iminência da morte são fatores em comum e ocasionam desgaste físico, psicológico e social. Independente da nacionalidade, a relação intersubjetiva estabelecida com os usuários guia a oferta de uma assistência holística, humanitária e solidária e científica, considerando a ética como um elemento soberano nas relações. (TAVARES et al., 2010).

Em 1991, uma estratégia de atenção denominada Programa de Saúde da Família (PSF), através da formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e hoje conhecida por Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi apresentada como resultado da reestruturação da atenção primária, que passa a ser centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social. (BRASIL, 2004). A ESF, enquanto uma estratégia organizada e observada a partir das ações nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), se constitui em um estabelecimento de saúde de baixa complexidade, ordenada na resolução de baixo custo e alta efetividade, devendo ser estruturada minimamente com uma sala para imunização, sala de inalação, sala de curativos, consultórios médicos e odontológicos, sala de espera, sala de reuniões, sala de medicamentos, sala para esterilização e área administrativa. (BRASIL, 2004).

As atribuições do local são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar composta ao menos por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, os quais devem atender no máximo 4.000 habitantes moradores da área adscrita, na qual sua resolutividade deve ser de 80% das ocorrências, pois a assistência oferecida na ESF deve ser resolutiva e ter o

mínimo de encaminhamento para as especialidades médicas, sendo então, necessária a priorização na erradicação de agravos e promoção da saúde. (BRASIL, 2001; BARROS, 2014).

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) pontua que a ESF representa um conjunto de ações de promoção, reabilitação, prevenção e tratamento dos agravos na atenção básica, podendo ter sua abordagem de cunho individual ou coletivo, devendo o usuário ser compreendido em sua totalidade na aplicação das práticas sanitárias. (BRASIL, 2017b). Levando em conta que as diretrizes que qualificam o processo de cuidado consideram que a consolidação do SUS se deu pela mobilização social decorrente do mau funcionamento dos sistemas de saúde pública decorrente da falta de insumos à escassez de equipamentos e recursos humanos, a ESF passa a ser defendida como forma de combater e prevenir os processos de saúde-doença, de forma a prover a assistência à saúde especialmente aos mais pobres. (MARTINS; SELOW, 2015).

Com a implantação do SUS, a organização das estratégias de saúde repensou a forma hierarquizada, isolada, fragmentada e autônoma com que os trabalhadores executavam suas ações, passando a planejar cuidados para reverter os quadros de adoecimento, bem como ações de prevenção e promoção de forma integral e contínua, em conjunto com a família e a comunidade. (BOMFIM et al., 2017). As ações dispostas por idade, gênero, sistemas, órgãos e doenças passam a ser possíveis a partir do desenvolvimento de vínculos com a população, dada através do cadastro das famílias pertencentes àquela área e da programação de ações de acordo com os diagnósticos frequentes apresentados pela família/comunidade/indivíduo, conforme o preconizado pelo SUS. (BARROS, 2014).

Neste viés, a reorganização do SUS permite refletir sobre a relação econômica do país com a necessidade da população em receber atendimento de qualidade. No tocante a discussões da gestão em saúde, a figura do enfermeiro é vista como um ator de relevância devido sua participação eficaz em discussões acerca das políticas públicas em saúde. (MARTINS; SELOW, 2015).

Apesar de a enfermagem ser uma profissão caracterizada pela divisão do trabalho *taylorista* e fragmentação das tarefas, submetida à hierarquização e supervisão constantes, o cuidado dedicado ao sofrimento alheio está no cerne da profissão da atuação. (MATOS; PIRES, 2006). É importante citar que o trabalho de enfermagem passou a ser disposto de acordo com a autonomia de cada categoria

(enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), a partir da organização e legalização da profissão, deixando de ser apenas um apêndice do poder médico. Tal regularização possibilitou com que enfermeiros assumissem também o papel de gerente das unidades públicas de saúde, tendo reconhecida sua capacidade técnico-científica para atender qualquer pessoa no processo de saúde/doença e em qualquer condição social, legal e/ou psicológica, em prol da promoção da justiça social. (MATOS; PIRES, 2006).

A expansão na atuação trouxe maior prestígio à profissão, merecendo destaque as ações de prevenção e a preocupação em organizar a assistência, de forma a oferecer um cuidado mais digno à população. (KLETEMBERG, 2004; KLETEMBERG et al., 2010). Mediante a Lei do Exercício Profissional 7.498 de 25 de junho de 1986, decorrente da ação conjunta entre a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), do Conselho Federal de Enfermagem, dos Conselhos Regionais de Enfermagem e do Decreto 94.406 de 8 de junho de 1987, foram regulamentadas as seguintes atribuições privativas do enfermeiro: dirigir órgão integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública/privada; chefiar o serviço, organizar as atividades e coordenar/executar a assistência de enfermagem; emitir pareceres, realizar consultoria e auditoria na sua área específica; realizar consulta e prescrição de enfermagem; realizar cuidados aos pacientes com maior complexidade e realizar tomada de decisão. (BRASIL, 1986; KLETEMBERG et al., 2010).

Diante disso, a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, define que as atribuições privativas ao enfermeiro são:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e realizar atividades de

educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBSF. (BRASIL, 2011).

A Resolução COFEN nº 564 (2017) aponta os deveres e os direitos assegurados aos profissionais de enfermagem, apontando que estes trabalhadores devam exercer a enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e serem tratados sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, ética e dos direitos humanos; exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem; apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente e ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração. (COFEN, 2017).

Os deveres estão pautados principalmente em exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade; fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica. Deve, portanto, prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente; esclarecer indivíduos, família e coletividade à respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência prestada; orientar sobre preparos, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito à recusa e ao exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão livre e esclarecida acerca de sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar; realizar ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais. O profissional deve prestar assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, e nos casos de doenças graves incuráveis e terminais, com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e

espiritual, respeitando a vontade pessoal ou de seu representante legal. Quando convocado em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, deve disponibilizar assistência em enfermagem à coletividade, sem pleitear vantagens pessoais. (COFEN, 2017).

Entre os deveres éticos mais importantes de serem seguidos estão a proibição de receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido; promover/participar de práticas destinadas a antecipar a morte de pacientes/usuários; praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnico-científica; negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco à sua própria integridade física; executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal (da pessoa, de seu representante ou responsável legal), exceto em iminente risco de morte; valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem; promover/ser conivente com injúria, calúnia e difamação de usuários/família, membros das equipes de enfermagem/saúde, organizações da enfermagem, trabalhadores de outras áreas ou instituições nas quais exerça sua ocupação; praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras. (COFEN, 2017).

Pelo exposto, é possível constatar a grande responsabilidade envolvida nas condutas éticas e legais da atuação da enfermagem que respeita os direitos humanos, própria da natureza do trabalho em saúde. Entretanto, tais preceitos nem sempre são fáceis de serem colocados em prática na atuação dentro da saúde pública, dado o contexto laboral caracterizado pela grande brecha entre o previsto pela organização do trabalho, as normatizações e o vivenciado em termos de divisão de tarefas, cadência e jornada exigidas e pela submissão ao controle hierárquico que influencia o relacionamento com a equipe. (MENDES, 1999; BARBOSA; BUENO, 2012).

Na interface entre colocar em prática as normativas legais e a realidade da assistência à saúde, sobressaem problemas como: falhas na comunicação entre os membros da equipe, a falta de identificação de alguns profissionais com o propósito da ESF, a interferência da gestão com demandas políticas, disparidade entre a qualidade e a produtividade prescrita, dificuldades em compreender o significado do acolhimento e de humanizar a assistência, bem como, a baixa resolutividade da equipe devido o subdimensionamento e falta de capacitação. (SANTOS; COUTO; YARID, 2018).

Associado aos fatores apontados pelos autores supracitados, o esgotamento profissional é inerente às condições de trabalho precárias, diante disso, o sofrimento no trabalho pode ser observado quando os trabalhadores avaliam negativamente as condições de trabalho, a organização do trabalho, falta de recursos e tecnologias bem como o aumento de terapias curativistas na atenção básica. Já o prazer é percebido quando o profissional se sente realizado, reconhecido e com liberdade de expressão no trabalho associado à solidariedade, consolidação do trabalho em equipe com possibilidade de planejamento de suas atividades. (MAISSIAT et al., 2015).

2.4 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) foi criada na França, na década de 1980, pelo médico psicanalista por Cristophe Dejours, que questionou a compreensão desenvolvida pela Psicopatologia do Trabalho acerca da relação causal entre trabalho e adoecimento enquanto determinante de distúrbios psicopatológicos. (DEJOURS, 2011a). Buscando entender não apenas o adoecimento, mas como os indivíduos permanecem em um estado de aparente normalidade frente a uma organização do trabalho rígida ou potencialmente adoecedora, que não permite com que projetos e desejos individuais venham a ser colocados em prática, a PDT se volta para o entendimento do sofrimento psíquico e das estratégias coletivas de defesa usadas pelos trabalhadores no enfrentamento e/ou adaptação às dificuldades laborais, possibilitando com que continuem trabalhando, mesmo em situação de sofrimento. (DEJOURS, 2004).

Visto que o trabalho ocupa um lugar central na construção da identidade, das formas de sociabilidade, da autoestima, bem como na determinação do sofrimento psíquico, a PDT busca compreender a relação entre os conflitos derivados dos modelos de gerenciamento/gestão, diante da percepção do trabalhador frente ao trabalho prescrito e real, cujas funções e habilidades objetivas e subjetivas concernentes ao cargo ou profissão, que podem ser imprevisível e instável, possibilitando neste caso, o sofrimento no trabalho. (MENDES; FREITAS; AUGUSTO, 2014).

Assim, Cristophe Dejours define como uma abordagem científica no campo do sujeito em relação com a organização do trabalho, em que o sofrimento mental decorre do confronto dos desejos e projetos pessoais com os interesses da organização (que não acolhe seus sonhos e esperanças), em uma discordância entre o que é previsto pela organização do trabalho e o que a realidade impõe ao sujeito. (DEJOURS, 1992; DEJOURS, 2004).

Para Dejours (2007) o trabalho é sempre permeado pelo sofrimento, posto que nenhuma prescrição contempla o real; porém, nem sempre o conflito entre a subjetividade e a organização do trabalho decorre em uma consequência lastimável ou adoecimento, já que o sujeito é ativo na sua relação com as adversidades, podendo mobilizar sua subjetividade ou fazer uso de estratégias defensivas, o que por sua vez possibilita ou resignificar o trabalho ou anestesiá-lo e se refugiar do sofrimento. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2007).

O trabalho prescrito é o conjunto de determinações impostas aos trabalhadores para a execução do trabalho. Para prescrever o trabalho o gestor necessita planejar e organizar os processos de uma forma com que atenda às necessidades do serviço, baseado na disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e organizacionais. Para o desenvolvimento do trabalho prescrito, o trabalho teórico deve incluir as características físicas, cognitivas e afetivas associadas à inteligência prática do indivíduo. Percebe-se que mesmo articulando toda esta relação, raramente o trabalho prescrito vai suprir nas necessidades reais em função da complexidade e da variabilidade que o labor manifesta ao longo do tempo. (COSTA, 2013).

Assim, o trabalho desenvolvido na embate com o real faz com que sejam atendidas demandas laborais, as quais são compostas pela integração dos recursos disponíveis no enfrentamento à organização e às pessoas que compõem o grupo de

trabalho. A diferença entre o prescrito e o real é considerada o próprio trabalho ou a forma de trabalhar, fomentando as contradições, conflitos, incoerências, inconsistências e até constrangimentos, levando à utilização de estratégias individuais ou coletivas de defesa ou ao uso da sua *expertise*. (COSTA, 2013).

O prazer e sofrimento no trabalho estão presentes e são reflexos das relações interpessoais e da organização do trabalho. (GUI, 2002). Considera-se que o prazer vem da combinação que o trabalho traz para o corpo, para a mente e para as relações sociais e profissionais. O prazer é manifestado pela realização possibilitada pela gratidão, reconhecimento, liberdade e valorização do trabalho, e influencia, sobretudo na (re)criação da identidade profissional. (DEJOURS, 2008). Conhecer o que faz e ser reconhecido pela sua criação especializada é um aspecto que pode contribuir para o aumento do prazer, pois o sujeito terá o sentimento de importância para a organização do trabalho (OT) e para a sociedade. (DEJOURS, 2008). Ainda, de acordo com Dejours (2008), a possibilidade de se desenvolver profissionalmente após superar dificuldades geradoras de sofrimento, a possibilidade de capacitação proporcionada pela chefia, a ética nas relações trabalhistas e a criação de um clima organizacional positivo propiciam com que a criatividade e o compartilhamento de ideias ocorram, aumentando a produtividade, elevando a autoestima e a qualidade de vida. (DEJOURS, 2008).

Para Dejours (1992), o sofrimento é marcado pela ansiedade e pela insatisfação no trabalho e pode culminar no sentimento de inutilidade, desqualificação e indignidade. No que se referem à ansiedade, os trabalhadores podem experimentá-la sob três formas: referente às alterações no funcionamento mental e psicoafetivo; destruição do organismo e relacionada à necessidade de sobreviver do trabalho, relacionado às necessidades humanas básicas.

O espaço de trabalho é um lugar de sofrimento que muitos não conseguem manter o equilíbrio, podendo se expressar com males pelo corpo, na mente e nas relações sociais e profissionais, o que indica o estado de saúde das pessoas ali envolvidas. (DEJOURS, 2008). Ademais, o sofrimento é entendido como o modo fundamental pelo qual se dá o trabalho, que para além do significado atrelado à produção, engloba a transformação de si mesmo e o próprio desenvolvimento, após passar por momentos de sofrimento. (ARENDR, 2005).

O sofrimento no trabalho pode ser criativo, quando há cooperação e reconhecimento, enquanto o sofrimento patogênico é caracterizado pela ausência de

liberdade na realização das tarefas e de reconhecimento, podendo acarretar em adoecimento, uso de estratégias defensivas e patologias sociais. (DEJOURS, 2008). De acordo com Dejours (2008), o sofrimento criativo é diferente do sofrimento patogênico, pois nesse caso o indivíduo usa a inteligência prática de forma criativa, conseguindo ressignificar o trabalho ao reverter situações adversas.

Ao ter liberdade para colocar sua subjetividade no trabalho, o indivíduo sempre se reinventa, e apesar de sofrer, acaba se desenvolvendo pela dificuldade que superou. Para isso o sujeito trabalhador tem de fazer frente ao real até descobrir ou inventar a solução. Ou seja, tem de reconhecer, assumir o sofrimento e resistir ao fracasso vivenciado no trabalho real para realizar a tarefa prescrita, e, por outro lado, deve poder sentir, pensar, inventar e recriar seu fazer cotidiano, subvertendo e transgredindo a organização do trabalho. (DEJOURS, 2008).

Contudo, quando a busca pelo prazer é frustrada e o indivíduo não é reconhecido no seu trabalho, pode ter início o processo de adoecimento, havendo queda de produtividade e de competitividade da organização, inclusive com reflexos sobre o serviço prestado ao cliente. (DEJOURS, 2011b). O adoecimento físico e mental, o sentimento de raiva, a ansiedade, a depressão e a angústia são claramente vinculados ao sofrimento patogênico (DEJOURS, 2011a)

Lucca (2017) salienta a necessidade dos profissionais de saúde compreender que o sentido e significado do trabalho são elementos que estruturam a vida, interferindo no modo de agir e na subjetividade dos trabalhadores. Com relação aos danos psíquicos ligados aos fatores organizacionais da saúde pública, estes devem ser estudados e entendidos na sua relação com a subjetividade humana e com a busca de prazer, bem como com os mecanismos individuais e as defesas coletivas utilizadas frente ao sofrimento, como a banalização da injustiça no trabalho. (MARTINS, 2011).

Os preceitos gerencialistas que valorizam o presenteísmo, mesmo diante das falhas ergonômicas, da exposição a agentes tóxicos e até dos acidentes de trabalho, se relaciona ao sofrimento gerado pela gestão. Contudo, quando as doenças mentais e comportamentais se instalam, causam elevada rotatividade, ausência no serviço por doenças relacionadas à saúde mental ou sintomas psicossomáticos, sendo a Síndrome de *Burnout* um agravo bastante recorrente entre os profissionais que realizam assistência à saúde, e que se relaciona à própria exigência organizacional e individual de qualidade no serviço. (CAMPOS et al., 2015; LIMA,

FARAH, BUSTAMENTE-TEIXEIRA, 2018; MICHELIN et al., 2018). Ainda, no caso de funcionários em contratos precários, como é o caso de enfermeiras contratadas ou temporárias, emergem quadros de ansiedade e depressão frente à ameaça da perda de emprego, tornando-as vulneráveis para o sofrimento patogênico, alimentado por sentimentos de menos valia, angústia, insegurança, desânimo e medo. (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Por outro lado, a mobilização subjetiva, ao propiciar a ressignificação do sofrimento em prazer, possibilita com que o sofrimento tenha um destino criativo, evitando o adoecimento. Para que a mobilização aconteça é necessário que o âmbito laboral ofereça um espaço público de debate livre sobre o trabalho, com cooperação para que mudanças nas condições e na organização do trabalho ocorram. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2007). Contudo, quando não é possível a mobilização subjetiva, os trabalhadores se utilizam de estratégias de mediação individuais e coletivas para lidar e aguentar o sofrimento, diante dos reveses impostos pelo trabalho potencialmente adoecedores. Para Lucca (2017), quando não há a possibilidade de ressignificar o sofrimento através da criatividade, o sujeito fatalmente vivencia o sofrimento patológico, utilizando-se de estratégias coletivas de defesa. Segundo Lancman e Uchida (2008), a mediação do sofrimento por meio de estratégias defensivas favorecem o equilíbrio psíquico e a adaptação às situações de desgastes emocionais momentaneamente, mas ao longo de seu uso trazem conformismo, servidão e adoecimento. (DEJOURS, 2008). As instalações das estratégias coletivas de defesa podem decorrer em doenças, na propulsão de patologias sociais e na anestesia do sofrimento ético.

Dito isto, a PDT tem o objetivo de investigar a saúde mental no trabalho, analisar o sofrimento, identificar as estratégias coletivas de defesa e a possibilidade de mobilização subjetiva, propiciando meios para o alcance da transformação no meio laboral. (FERREIRA; MENDES, 2003; MENDES; FREITAS; AUGUSTO, 2014). É uma teoria constituída por uma mescla de categorias da psicologia, psicanálise, ergonomia e sociologia que dimensionam a compreensão da construção do (difícil) equilíbrio, necessário para o estabelecimento de um trabalhador saudável, mesmo em ambientes hostis. Para isso, o interesse das investigações que usam esta teoria-metodológica se foca na ação empreendida no trabalho, no entendimento sobre a categoria do trabalho como central para a constituição do sujeito, nas defesas usadas frente ao sofrimento no trabalho e na preocupação com a vulnerabilidade

que incide sobre o coletivo profissional. (MERLO; MENDES, 2009; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

SEÇÃO III

3. MATERIAIS, MÉTODOS E PERCURSO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo analítico, de abordagem mista³, que analisou dados qualitativos e quantitativos de modo a reconhecer o papel do componente secundário⁴, entendendo-se a importância de aprofundamento dos resultados que não seriam suficientes para atender aos objetivos traçados se fosse utilizada apenas uma única ferramenta de coleta de dados. A partir desta abordagem mista de dados, a triangulação⁵, se deu pela articulação do componente qualitativo com o quantitativo [QUAL+quan], possibilitando a compreensão das vivências de prazer e sofrimento no trabalho de enfermeiras que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) na fronteira Brasil-Bolívia, em Corumbá/MS. (CRESWELL, 2003).

Baseada no referencial teórico-metodológico da PDT, esta pesquisa abrangeu todas as 27 Equipes de Saúde da Família (ESF), abarcando 23 profissionais de enfermagem de nível superior que desenvolvem seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Corumbá/MS. Os critérios de inclusão adotados foram: todas as enfermeiras com mais de 18 anos que atuassem nas UBSF e que estivessem lotadas no município de Corumbá/MS, que estivessem lotadas em Corumbá/MS (município que faz fronteira com a Bolívia e oferece atendimentos à estrangeiros em todas UBSF) e que trabalhassem na ESF do município há pelo menos 30 dias e que, por qualquer situação, estivessem acumulando funções ou coordenando mais de uma ESF. Os critérios de exclusão adotados para este estudo foram as enfermeiras ocupantes de cargos técnicos ou auxiliares de enfermagem, bem como as enfermeiras que não fossem encontradas na UBSF no momento da coleta de dados ou que estivessem afastadas por capacitação, férias ou licença médica.

³ O método misto se refere a um único estudo que utiliza estratégias mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Tais estratégias são implementadas concomitantemente ou sequencialmente. O propósito deste método misto concomitante [QUAL+quan] é o melhor entendimento de dados tanto quantitativos quanto qualitativos. (CRESWELL, 2003).

⁴ O papel do componente secundário é buscar uma perspectiva ou dimensão que não pode ser acessada pela primeira abordagem, refinar a descrição, ou permitir exploração mais profunda ou tentativa de testar uma conjectura emergente. (CRESWELL, 2003).

⁵ Triangulação refere-se à convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno. (CRESWELL, 2003).

3.1. INSTRUMENTOS

Durante o levantamento de dados foram aplicados dois instrumentos para coleta de dados e houve a tentativa de se levantar a quantidade de atendimentos realizados pelas enfermeiras para bolivianos e brasileiros (ANEXO 3) que não foi possível de aplicar em razão das enfermeiras não contabilizarem os atendimentos realizados aos estrangeiros.

3.1.1. Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART)

Criado por Facas (2013), o PROART corresponde a um questionário composto de quatro escalas e três questões abertas (ANEXO 1). No primeiro questionário desta escala, é avaliado o contexto laboral, o segundo consiste na avaliação da forma de gestão utilizada pela organização do trabalho, o terceiro questionário aborda as vivências em relação ao trabalho atual e o quarto avalia os tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais causados pelo trabalho nos últimos seis meses e perguntas abertas que abordam as dificuldades encontradas no trabalho. (FACAS, 2013).

Escala de Organização Prescrita do Trabalho (EOPT): Com 19 questões, pode ser compreendida como a avaliação de um “cenário” do trabalho. A organização do trabalho refere-se à natureza e à divisão das tarefas, normas, controles e ritmos, e “trata dos instrumentos, os protocolos de trabalho, o número de pessoas para realizá-lo, a velocidade de execução, o tempo atribuído à deliberação com os colegas. Assim, pode-se segmentar a organização do trabalho em divisão dos homens e divisão do trabalho”. (FACAS, 2013, p.35).

Escala de Estilos de Gestão (EEG): Com 17 questões, é resultante de uma convergência estrutural entre os estilos de caráter e os estilos gerenciais, suas considerações repousam sobre as diversas formas de sentir, pensar e agir compartilhadas na organização, o que forma o estilo de gestão praticado/percebido. É uma escala preditora de riscos patogênicos e riscos de danos físicos. “Entende-se assim visto que os padrões de comportamento nas organizações definem o modo como as relações sociais de trabalho se dão, as possibilidades e flexibilidades que o trabalhador tem em seu trabalho e as relações simbólicas estabelecidas entre o sujeito e sua organização”. (FACAS, 2013, p.123). Os fatores desta escala estão

divididos entre os seguintes estilos: individualista (comportamentos voltados para a preocupação do próprio bem-estar); normativo (ênfase em normas e regras, às vezes pouco racionais e geralmente desumanas); coletivista (padrões de comportamentos baseados na lealdade, dependência e corporação); e realizador (valoriza o prestígio, reforça o reconhecimento promocional e reforça a busca por novos desafios), permitindo o esclarecimento da natureza dos fatores de riscos psicossociais presentes nas práticas gerenciais. (FACAS, 2013, p.123).

Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho (ESPT): suas 28 questões aferem a expressão das formas de sentir, pensar e agir compartilhadas na organização, considerando-se uma resultante entre a convergência da divisão das tarefas, da divisão dos homens e dos estilos de gestão. O sofrimento patogênico surge na impossibilidade de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos envolvidos. Facas (2013, p.64) afirma que “o trabalhador, impedido de exercitar sua capacidade criadora, vivencia persistentemente o fracasso, podendo chegar a comprometer sua saúde. Essa capacidade criadora, de origem pulsional, não deve ser subempregada ou levará o sujeito à patologia”. Nesse sentido, a ESPT busca avaliar a percepção dos sujeitos sobre quatro fatores: inutilidade (sentimento de desvalorização, trabalho sem sentido para si/organização/clientes/sociedade); indignidade (sentimento de injustiça, desânimo, insatisfação e desgaste com o trabalho); e desqualificação (sentimento de não aceitação ou reconhecimento pelos colegas, sem espaço de liberdade para pensar e se expressar em relação ao seu trabalho). (FACAS, 2013, p.123).

A Escala de Danos Relacionados ao Trabalho (EDRT): apresenta 22 questões que avaliam até que ponto as (des)compensações produzidas pelo trabalho afetam a saúde física e mental dos sujeitos, em que o auge dos riscos psicossociais revelam o esgotamento das estratégias defensivas e o sofrimento produzido pelo confronto entre os trabalhadores e a organização do trabalho. (FACAS, 2013). A EDRT é formada por três fatores: danos psicológicos (sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral); danos sociais (isolamento e dificuldades nas relações sociais e familiares); e danos físicos (que diz respeito a dores no corpo e distúrbios biológicos).

3.1.2. Roteiro semiestruturado: buscando entender as especificidades do trabalho

Aplicado de forma a aprofundar o mapeamento fornecido pelo PROART, foi aplicado uma entrevista individual semiestruturada contendo 46 perguntas, as quais foram divididas em quatro eixos (ANEXO 02), que abordou as vivências relacionadas ao trabalho, ao atendimento, à condição e organização de trabalho, e às relações sociais, através de questionamentos que pudessem caracterizar a vivência de prazer e sofrimento relatadas pelas enfermeiras.

3.2. PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO

A coleta das informações foi realizada após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob o CAAE nº 73169717.4.0000.0021, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD), Termo de Consentimento de Uso do Som da Voz (TCUSV), que foram oferecidos para cada enfermeira no ato da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nas UBSF's no período de 25 de novembro à 21 de dezembro de 2017, teve duração máxima de 120 minutos e aconteceu em apenas um encontro na UBSF de trabalho de cada enfermeira, cabendo à participante escolher o ambiente mais seguro, agradável e livre de ruídos dentro da sua unidade. Esta etapa consistiu da aplicação de dois formulários e uma entrevista, sendo o Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho (PROART) (ANEXO 1), uma entrevista com um roteiro semiestruturado buscando compreender as especificidades do trabalho (ANEXO 2), e levantar a quantidade de atendimento (ANEXO 3) respectivamente.

Embora a tentativa de se levantar a quantidade de atendimento (ANEXO 3) não ter sido possível devido as enfermeiras não terem este registro, a aplicação do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho (PROART) (ANEXO 1) se deu de forma digital com o apoio de *tablet*, que dispunha do aplicativo Epi Info versão 7.2.2.1, configurado para o respectivo protocolo e de modo à para facilitar a tabulação dos dados que foi realizada pelo software StatDisk versão 13 e organizado em tabelas no Microsoft Excel do Windows 2010. Já na entrevista,

utilizou-se um gravador de som da voz durante a aplicação do roteiro semiestruturado, que após a conclusão da coleta de dados, foram submetidos à transcrição integral da audiogravação. A escolha das três ferramentas citadas acima foi escolhida por conveniência, de modo a organizar a análise dos resultados misto que este estudo realizou.

Apesar de serem 23 enfermeiras as profissionais convidadas para participarem do estudo, apenas 20 profissionais foram caracterizadas dentro dos critérios de inclusão; das demais, uma encontrava-se em férias, uma não foi encontrada no momento da pesquisa e uma se recusou participar da pesquisa, totalizando três profissionais excluídas. Entre as 20 participantes, quatro enfermeiras acumulavam funções de duas equipes de trabalho por falta de profissionais da mesma categoria no município, havendo a sobreposição de cargos, além da sobreposição de funções.

3.3. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram obtidos por meio da análise estatística do PROART enquanto as informações obtidas por meio da entrevista foram submetidas à análise de núcleo de sentido, posteriormente discutido com a literatura.

Para a avaliação das escalas do PROART é apresentada uma graduação de resultados (risco baixo/risco médio/risco alto), encontrada a partir da média constatada em cada fator. (FACAS, 2013).

Foram seguidos os parâmetros estabelecidos pelo PROART para a categorização dos riscos, sendo que na escala EOPT a média das respostas que estiverem entre 1,00 e 2,30 representam um alto nível de riscos psicossociais, que demanda intervenções imediatas e urgentes; as médias que estiverem entre 2,30 e 3,70 representam um nível médio de riscos psicossociais, sendo necessárias ações a curtos e médio prazo; e as médias que estiverem entre 3,70 e 5,00 representam um baixo nível de riscos psicossociais, que mostra em cenário ideal que deve ser potencializado. (FACAS, 2013).

Para a avaliação da EEG, por ser uma escala que afere características de gestão, seus parâmetros se baseiam em faixas que representam a presença de um estilo pouco característico (com médias de respostas entre 1,00 e 2,50), de estilo moderado (com médias de respostas entre 2,50 e 3,50) e de estilo predominante (com médias de respostas entre 3,50 e 5,00). (FACAS, 2013).

A categorização dos riscos na ESPT a ser seguida avalia que a média das respostas que estiverem entre 1,00 e 2,30 representam um baixo nível de riscos psicossociais, demonstrando em cenário ideal que deve ser potencializado; as médias que estiverem entre 2,30 e 3,70 representam um nível médio de riscos psicossociais, sendo necessárias ações a curto e médio prazo; e as médias que estiverem entre 3,70 e 5,00 representam um alto nível de riscos psicossociais, que demanda intervenções imediatas e urgentes. (FACAS, 2013).

Já na avaliação EDRT os parâmetros seguidos estabelecem que a média das respostas entre 1,00 e 2,30 indica um baixo nível de riscos psicossociais, mostrando em cenário ideal que deve ser potencializado; as médias que entre 2,30 e 3,70 representam um nível médio de riscos psicossociais, sendo necessárias ações a curtos e médio prazo; e as médias que entre 3,70 e 5,00 representam um alto nível

de riscos psicossociais, que demanda intervenções imediatas e urgentes. (FACAS, 2013).

Todas as questões objetivas do protocolo foram respondidas baseadas na escala *likert*, com variações entre as alternativas nunca (1), raramente (2), às vezes (3), frequentemente (4) e sempre (5). A partir da tabulação dos dados, a qual foi feita com a utilização do software *StatDisk* versão 13 e do Microsoft Excel do Windows 2010, foram aplicados um conjunto de análises quantitativas às questões objetivas, basicamente pelo tratamento de médias, mediana, desvio-padrão, coeficiente de variância, média do perfil, variância do perfil e coeficiente da variância do perfil, usando para isso o aplicativo Epi Info versão 7.2.2.1.

Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra e atribuído a identificação "A" para todas as enfermeiras, diferenciando-as por número (ex. "A. 1, A.2), em seguida os dados coletados foram analisados por meio da técnica de Análise dos Núcleos de Sentido, proposta por Mendes (2007) que compreende da leitura e exploração do conteúdo, identificando temas recorrentes, nomeando-os e definindo-os com base nos conteúdos verbalizados. (MENDES, 2007). Os temas foram agrupados por eixo de acordo com semelhanças semânticas, para compor uma categoria empiricamente definida, de modo a permitir a interpretação do conhecimento relativo ao objeto de pesquisa.

Embora atualmente haja estudos de grande relevância sobre o prazer e o sofrimento no trabalho da enfermagem, não foram encontrados estudos desta temática que abarcassem o atendimento a usuários em unidades da ESF de Corumbá-MS, município localizado na fronteira Brasil-Bolívia, tornando inédito este estudo diante da metodologia que se pretendeu aplicar. Acreditando que estes dados tenham grande importância para o estudo da PDT na enfermagem em região de fronteira, buscou-se a inter-relação dos dados [Qual+quan], a triangulação a partir dos instrumentos aplicados será descrito de forma mista no próximo capítulo.

SEÇÃO IV

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras que atuam nas ESF's, nesta seção serão apresentados os resultados mistos triangulados por eixos temáticos embasado na teoria da PDT decorrente dos dados obtidos mediante a aplicação do PROART e da Análise de Núcleo de Sentido do Roteiro Semiestruturado, bem como a discussão com a literatura.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O questionário foi aplicado em 20 enfermeiras, todas as mulheres, as quais apresentaram média de 38 anos de idade, 55% (11) eram casadas e 95% (19) tinham alguma especialização. Todas as participantes desempenhavam o papel de enfermeira assistencial e administrativa, sendo a média de tempo de serviço na Prefeitura Municipal de Corumbá de 8 anos e média de 4,5 anos na mesma função e/ou cargo. Das enfermeiras entrevistadas, 90% (18) correspondiam ao quadro de efetivas concursadas no município, 20% (04) acumulavam cargos em duas UBSF devido à falta de enfermeiras para cobrirem a área adscrita, e 60% (12) relataram ter algum problema de saúde relacionado ao trabalho no ano de 2017.

EIXO 1: PRAZER E RESSIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO NO TRABALHO

CATEGORIZAÇÃO A: Mobilização subjetiva.

NÚCLEO DE SENTIDO: "com uma equipe que se interage, a gente consegue prestar uma melhoria da qualidade dos serviços aos nossos pacientes."

DESCRIÇÃO: A mobilização subjetiva caracteriza-se pelo engajamento da subjetividade dos(as) trabalhador(as) e pelo espaço livre para debates acerca do saber-fazer. A dinâmica de reconhecimento pela contribuição permite a retribuição pelo empenho pelo coletivo, sendo essencial a gratificação para transformar o sofrimento e ressignificar o sentido do trabalho, possibilitando a reafirmação da identidade ao enfatizar o uso da inteligência prática e da cooperação.

Verbalizações 1 - Identidade e gênero

A.12. "acho que foi dom mesmo, desde pequena, vontade de cuidar das pessoas né, isso já é nato mesmo."

A.2. "eu escolhi ser enfermeira porque eu tenho pessoas na família que já trabalhavam na área e pra mim sempre foi um trabalho que sempre achei muito bonito."

A.5. "por gostar de servir, servir o próximo. (...) sempre quis."

A.10. "isso é desde quando eu era criança, eu lembro que eu brincava de boneca, sempre queria fazer o papel de médica, de enfermeira entendeu, isso já veio desde pequenininha, quando eu era criança, entendeu, eu sou apaixonada por essa profissão entendeu. (...) sempre eu quis fazer, não foi influência de ninguém."

A possibilidade e liberdade de escolher sua profissão foi relatada e compreendida pelas entrevistadas como um fator propiciador de prazer. A identificação com a profissão e o aspecto que gerava felicidade e satisfação era concernente ao assistencial, havendo o relato da satisfação em prover cuidado, bem-estar que conduzia à sensação de realização com a escolha ocupacional e à prática da inteligência astuciosa na construção de fazer mais afetivo junto ao paciente. (GLANZNER et al., 2017). Este sentimento equilibrava as dificuldades e gerava prazer, proporcionando alívio nas dificuldades concretas e subjetivas encontradas, possibilitando o desenvolvimento de soluções criativas (ALMEIDA; PIRES, 2007), e tornando possível a reelaboração do sofrimento no trabalho.

Sobre isso, todas as enfermeiras responderam que consideravam seu trabalho dotado de sentido, condição propiciada pela mobilização possível, embora o grande descontentamento com a remuneração, devido ao grande esforço físico-cognitivo e à pouca valorização da identidade das enfermeiras. (LIMA et al., 2015).

Tal situação de desvalorização se relaciona à própria escolha profissional, que é atravessada pelas relações de gênero, como em todas as ocupações que envolvem o cuidado, as quais são atreladas a qualidades tidas da essência feminina, e por isso independente da formação educacional. Assim, características como atenção, dedicação, carinho e afeto não são valorizadas, justificando a baixa remuneração destinada à enfermagem e a falta de reconhecimento e autonomia constatada, por ser ainda considerada uma ocupação feminina. (CUNHA et al., 2016).

No caso das enfermeiras, a expressão de afetividade no contato com os usuários é algo esperado por parte das mulheres enfermeiras, sendo esse conteúdo aprendido na sua socialização e acessado na realização de sua atividade de cuidar, sendo um elemento qualificador para o trabalho, mas nem por isso valorizado. (LIMA et al., 2015). Segundo Kergoat (2009) a naturalização das diferenças sexuais oculta

o aspecto arbitrário dos princípios de divisão do mundo social e de divisão social do trabalho, os quais são constitutivos das relações de gênero ou relações sociais de sexo em determinado contexto, sendo estruturantes e transversais ao campo social.

As relações sociais entre homens e mulheres norteiam e definem lugares e tarefas diferentes a homens e mulheres, as quais acumulam o trabalho profissional com os afazeres domésticos, norteando diferentes rotinas, horários, critérios de dedicação, padrões de mobilidade e para ascensão profissional a cada gênero. (KERGOAT, 2009; HIRATA, 2002). Assim, moldados a partir de referenciais masculinos, os critérios de competência exigem jornadas estendidas, impõe obstáculos à inserção e ascensão profissional das mulheres em condições de igualdade com os homens. (KERGOAT, 2009; HIRATA, 2002).

Considerando que a maioria das enfermeiras ao redor do mundo é do sexo feminino, Cruz e Abdellan (2015) e Lima et al., (2015) retratam que muitas escolhem a profissão não por conhecerem ou admirarem a ocupação, e sim por falta de opção ou por não ter conseguido ingressar em outro curso, indicando a influência social e cultural do gênero, nem sempre tão clara nas escolhas profissionais.

Verbalização 2 - Cooperação e reconhecimento da beleza

A.1. “com uma equipe que se interage, a gente consegue prestar uma melhoria da qualidade dos serviços aos nossos pacientes.”

A.13. “eu particularmente estou com uma médica do Mais Médico, que ela também é boliviana (...) ela é um ser humano maravilhoso e tem uma visão diferente de outras pessoas do atendimento.”

A.3. “o que tiver ao meu alcance eu faço, a minha equipe também.”

A.9. “porque é difícil você achar uma equipe que te valorize, que te considere e eu consegui isso, então isso profissionalmente pra mim foi muito bom e como pessoa também né, pra mim foi muito gratificante.”

A cooperação é definida por Dejourns (2012) como laços construídos pelos trabalhadores, com a condição de criarem um coletivo profissional. Para que se fortaleçam as relações de cooperação são necessárias regras que regulem os coletivos nas relações sociais e para com o ambiente laboral, uma forma da equipe se organizar. Para isso, é necessário que haja o reconhecimento da contribuição de cada um para o andamento do serviço, ou seja, a valorização e o julgamento da beleza do saber-fazer frente às dificuldades e falhas da organização do trabalho, em um ambiente em que haja confiança para o debate livre das dificuldades e soluções encontradas, bem como a confrontação e apropriação de diversas opiniões, com vistas a ressignificar e transformar o trabalho. (CRU, 2014).

A partir dos dados do PROART 90% das enfermeiras relataram que tinham seu trabalho valorizado pelos colegas, e todas relataram haver boa relação na equipe, não faltando oportunidades e liberdade para dizer o que pensavam sobre o trabalho para 80% das entrevistadas. Dessa forma, Dejours (2012) refere que esses laços de cooperação impulsionam o uso de iniciativas criativas individuais no intuito de completar as lacunas deixadas pela organização do trabalho. A apropriação das engenhosidades de cada um, ao serem validadas ética e tecnicamente e serem adotadas como regras pelo grupo, promove a mobilização subjetiva e a cooperação, por gerar gratificação ao desejo de reconhecimento.

Entretanto, a cooperação não é um processo fácil, pois requer compromisso com a construção do espaço coletivo e o respeito às regras de trabalho, exigindo esforços, debates coletivos e, inclusive, a possibilidade de correr riscos pela exposição que essa participação acarreta. Além de um compromisso técnico, a cooperação constitui um compromisso social que implica renunciar parte do potencial criativo individual e da subjetividade em razão de acordos normativos e da coletividade, representando muitas vezes frustração por não ser aceita sua inventividade. (ARAÚJO et al., 2018).

O apoio entre os colegas fortalece a rede de saúde e as ações em prol de garantir a produtividade prevista. Para isso, é importante que os enfermeiros estejam empoderados e focados na interdependência para resolverem juntos os problemas decorrentes das falhas de gestão. O uso e aprovação da inteligência criativa beneficia a coletividade e fortalece a identidade profissional da equipe, conduzindo à transformação do trabalho e à saúde mental. (HÜBNER et al., 2016). Assim, a dinâmica do reconhecimento, que permite a (re)construção por parte dos sujeitos do sentido no trabalho, favorece a mobilização no trabalho e possibilita a transformação do sujeito devido às exigências, às pressões e aos constrangimentos do trabalho, causando um sentimento de prazer. (DEJOURS, 2008).

Entre as entrevistadas constatou-se que a identificação e satisfação com o trabalho de cuidar era permeada pelo sentido de cooperação entre as participantes da equipe, as quais enfrentavam coletivamente as dificuldades na realização das atribuições conferidas à ESF, sendo assimilada como regras de conduta comuns ao coletivo a afetividade no contato com o usuário. Motivadas pelo desejo de serem reconhecidas como parte da equipe e pela sua contribuição para a promoção da saúde, traçavam juntas as ações de enfrentamento individual ou coletivo, notando-

se que esse embate gerava prazer, por oportunizar o uso da inteligência prática e de conteúdos aprendidos socialmente, dentro e fora do trabalho. (GLANZNER; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2018).

Este momento de debate, caracterizado pela cooperação e solidariedade diante das dificuldades a serem enfrentadas por toda a equipe, oportunizava o alívio das angústias e da sobrecarga de trabalho, sendo que este espaço servia de catarse à mazelas e flagelos vivenciados, e de ressignificação do trabalho. (DURKHEIM, 2008). A discussão e adoção de condutas coletivas de trabalho valorizavam o atendimento a todos, independentemente da nacionalidade e do registro do atendimento e a afetividade no contato com os usuários, o que decorria em reconhecimento da utilidade por parte dos usuários, que elogiavam as profissionais pelo acolhimento, pelo curativo ou apenas pela escuta qualificada. Ao mesmo tempo, a participação das enfermeiras coordenadoras na formatação de um espaço coletivo democrático potencializava o entrosamento da equipe e impulsionava a oposição a práticas institucionais voltadas à assistência biomédica, passando a fortalecer dimensão sociocultural na produção da saúde. (GLANZNER; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2018).

Logo, o fato de cuidar do outro se tornava fonte de satisfação ao ser permeado pelo sentimento de cooperação existente na equipe de trabalho, a qual enfrentava coletivamente às falhas e atribuições conferidas à ESF. No que tange ao trabalho em equipe, a afetividade, o labor diário e a resistência foram observados do ponto de vista tanto da relação estabelecida com o usuário como também das estratégias coletivas de defesa que eram partilhadas frente à impossibilidade de ressignificação do sofrimento. (OLIVEIRA; MENDES, 2014).

Verbalização 3 - As normas para o atendimento de bolivianos x o direito à saúde

A.1. "eu tenho uma população boliviana digamos considerável aqui na minha área (...) gestante ou alguma alteração, febre, diarreia, dor, pressão alta, essas coisas (...) eu atendo todos os pacientes independente se tem documentação ou não (...) ele é orientado, olha, vai na receita federal, legaliza sua entrada pra poder estar ganhando o direito né, e fazer o cartão SUS."

A.2. "pra mim, o atendimento a bolivianos não tem nenhum impacto no meu serviço, pra mim não muda em nada."

A.4. "eu acho que o programa [SIS Fronteiras] foi mal divulgado, mal interpretado, pela própria gestão, pelo próprio ministério, porque fez muita propaganda no sentido de que seria a salvação das fronteiras, sendo que o destino era qualificar a estrutura física da fronteira pra atender brasileiros que residem fora do país, né."

A.5. “os protocolos, tudo que o Ministério da Saúde tem nas plataformas, nos sites (...), então tudo que eu faço eu tenho respaldo no fazer, na questão da cobrança, de como se portar, do que fazer, tem escrito, então são coisas que tô aprendendo.”

A.12. “se chegou aqui na nossa unidade com algum problema a gente atende né, aí a parte burocrática depois a gente manda pra lá pra eles resolverem. (...) acho isso muito errado [não atender estrangeiros] porque assim, pra mim ser humano é ser humano né, não importa se ele é japonês, preto, branco ou vermelho né, então eu, como enfermeira, eu aprendi a cuidar de gente, de pessoas, de ser humano né, não cuidar só do brasileiro.”

A.17. “na verdade a gente atende porque, independente da nacionalidade do cliente, o paciente é único e ele precisa ser atendido da melhor maneira possível. Diante de todo nosso trabalho corriqueiro, normalmente a gente procura atender dessa maneira igualitária, que faz com que todos tenham o mesmo direito.”

A.18. “a gente padronizou, teve uma regra que todo mundo que era boliviano era pra fazer a carteirinha do SUS na central de regulação.”

A partir dos resultados do PROART verificou-se que embora 95% das enfermeiras afirmassem que as informações para executar suas tarefas fossem claras, 85% relaram que não havia coerência nas orientações para a realização das tarefas. No que diz respeito a como procediam na procura do serviço por bolivianos, embora não houvessem normativas e/comunicações que divulgassem os direitos de acesso ao SUS de forma clara aos profissionais da saúde pública, o atendimento não deixava de ser feito. As enfermeiras faziam o acolhimento prezando a universalidade, fornecendo os mesmos tratamentos que direcionados aos brasileiros, sem haver a necessidade de contrapartida do seu país de origem. (FLAMIA, 2018).

Corroborado a esse dado, através do PROART foi identificado que 90% das enfermeiras sentiam seu trabalho como relevante para a sociedade, sendo esta identificação com a responsabilidade social um desafio para a garantia do respeito à dignidade envolvida no direito à saúde. O entendimento legal e ético de atender o ser humano, independente de qualquer situação e nacionalidade, se relaciona ao esforço por objetivar a promoção da saúde proporcionada por políticas públicas, sem preconceitos de origem ou qualquer outra forma de discriminação. (RAMOS, 2015).

Apesar dos direitos constitucionais assegurados também pela legislação do SUS, e que garantem o direito fundamental da saúde como dever do Estado, as dificuldades de financiamento do SUS impossibilitam a consolidação da equidade no atendimento nessas regiões de fronteira tidas como periféricas. (FLAMIA, 2018). Tal situação reforça a imposição de obstáculos documentais impostos pela gestão administrativa municipal, impedindo o acesso de bolivianos às unidades de saúde. Ao se depararem com obstáculos, grandes partes dos estrangeiros acabavam por buscar assistência diretamente nos postos e ESFs, situação que implicava em não

serem contabilizados nos seus agravos, não serem seguidos no tratamento e não serem contados como produção.

O encerramento da iniciativa proposta pelo SIS Fronteiras, que fomentava o estímulo à integração de sistemas de diversos países com o objetivo de organizar a rede de serviços e financiamento da saúde (VEDOVATO, 2013), a falta de registro dos atendimentos e dos custos da procura de serviços pela população fronteiriça em busca de saúde e melhores condições de vida se associam à grande propagação nacionalista no mundo, que estimula a visão do forasteiro como o indesejado. Nesse sentido, este é o momento de se repensar o atendimento à população internacional, de forma a realmente considerar o SUS como um sistema universal e de acesso a todos. (SILVA et al., 2016).

Diante disso, percebeu-se a partir dos relatos das enfermeiras que apesar das normativas informais para não atenderem bolivianos, a falta de registro desses atendimentos e as dificuldades concretas para efetivarem a assistência faziam com que as trabalhadoras atendessem os pacientes estrangeiros mesmo sem terem orientações por parte da gestão. O preconceito, o estereótipo e a discriminação da aceitação deste usuário nos postos de trabalho eram marcas a serem superadas na relação das profissionais com a gestão municipal, por tais valores gerenciais enfraquecerem as redes de atenção à saúde e influenciarem na humanização e acolhimento do estrangeiro. (GRANADA et al., 2017).

De acordo com as enfermeiras, a maior parte demanda dos estrangeiros em serviços de urgência e emergência no SUS era decorrente de doenças já agravadas, enquanto que nos ambulatórios e na atenção básica era para as ações de promoção e prevenção da saúde, como nos casos das campanhas nacionais de imunização. Mesmo não sendo contabilizados e podendo ser grande a quantidade de procura de estrangeiros pelos serviços ofertados nas ESFs de Corumbá, conforme as participantes o atendimento aos bolivianos não acarretava sobrecarga e desânimo; o sofrimento no trabalho foi relacionado ao próprio estilo de gestão. (SILVA et al., 2016).

Verbalização 4 - Reconhecimento da utilidade e gratidão dos usuários bolivianos e brasileiros

A.4. “com certeza [reconhecem], muitos deles voltam pra agradecer a gente, pra te dizer: olha, foi legal, muito obrigada, eles trazem até presente né, trazem frutas, algumas coisas assim (...).”

- A.12. “reconhece, eles são muitos gratos, às vezes eles reconhecem até mais que o brasileiro, muito porque eles têm uma dificuldade muito grande de saúde lá no país deles (...).”
- A.14. “[A gente atende mais] gestante, porque elas querem fazer o pré-natal aqui, porque elas querem ter o filho no Brasil.”
- A.19. “fica feliz geralmente, eles ficam agradecidos.”
- A.9. “a população reconheceu meu trabalho, foi pra secretaria, conversou com o prefeito, não deixaram eu sair (...) então isso pra mim foi gratificante enquanto profissional, porque houve um reconhecimento, não por parte de gestão, mas por todo aquele pessoal que a gente trabalha todo dia.”
- A.5. “a gente aprende a respeitar, a entender que existe outras culturas, que existe outras línguas (...) ao invés da gente tratar ele como inimigo, como uma pessoa não grata, se a gente trazer ele pra perto da gente, a gente vai ver que a gente tem um ganho significativo.”
- A.2. “[o trabalho assistencial] é frustrante às vezes, porque o paciente vem pra pegar um medicamento e eu tenho falado pra ele assim: olha tiozinho, hoje eu não tenho esses três medicamentos que o senhor toma (...) aí o paciente ele entende, dificilmente a pessoa fica agressivo, xinga, já passamos dessa fase já faz tempo.”

O reconhecimento é a forma de retribuição simbólica que culmina da contribuição dispensada pelo trabalhador ao seu engajamento subjetivo e por sua inteligência criativa no trabalho. Esta retribuição pode ser vista em duas dimensões: reconhecimento no sentido de constatação do saber-fazer que gera gratificação frente contribuição dos sujeitos frente à organização do trabalho e reconhecimento no sentido de gratidão. (LIMA, 2011).

A retribuição da colaboração para o bom andamento do serviço não é gratuita, uma vez que é rigorosamente testada e julgada no espaço profissional coletivo, que avalia a forma mais adequada de fazer e não o trabalhador em si. Assim, é discutido duas formas de julgamento: o da utilidade e o da beleza. (LIMA, 2011). O da beleza, conforme já discutido na ‘Verbalização 2 - Cooperação e reconhecimento da beleza’, está articulado pela rede de pares e representa o julgamento da conformidade ao trabalho, tendo grande importância e significado para a identidade das enfermeiras por possibilitar o sentimento de prazer a partir do reconhecimento conferido pelo coletivo. Ainda, levando em conta que 86% das entrevistadas disseram que se sentiam valorizadas pela organização do trabalho e todas se sentiam úteis na realização de suas tarefas, tais sentimentos de satisfação e de reconhecimento se refletiam e eram também decorrentes da relação com os usuários. Sobre isso Kolhs et al., (2017) ressaltam que enfermeiros vivenciam o prazer quando seus membros se sentem reconhecidos e valorizados por clientes, ao exercerem um trabalho de qualidade, com utilidade para a comunidade, ajudando pessoas e salvando vidas.

Na direção da humanização no atendimento, o Ministério da Saúde (MS) idealizou a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como propósito a

requalificação dos serviços de saúde, de modo criar redes de trabalho para melhorar os processos laborais entre profissionais e gestão, permitindo inovações nas ações gerenciais e na rotina diária de trabalho. (BRASIL, 2004). Neste sentido, a PNH organizou as estratégias do SUS de forma inclusiva, democrática, participativa, resolutiva e acolhedora, com o intuito de agregar estratégias organizacionais dos processos de trabalho e das relações entre os trabalhadores, gestores e usuários. (MENDES, 2010).

No contexto, a humanização busca o cumprimento das obrigações perante a sociedade por meio de relações interpessoais recíprocas, com a valorização da justiça, equidade, respeito, gratidão e responsabilidade perante o cuidar, que para os profissionais da enfermagem é visto como uma forma de reconhecimento e acolhimento do outro. Assim, este sentimento gera a promoção da saúde mental do trabalhador que consegue estabelecer vínculos com as pessoas que são atendidas nas ESF e recebe um retorno positivo de suas intervenções. (SABOURIN, 2008).

A natureza das relações de reciprocidade entre usuários que têm necessidades de saúde e trabalhadores que reconhecem essas necessidades é a da produção de um processo onde há acolhimento do outro, compreensão e significação de suas singularidades e oferta dos saberes em saúde que venham permitir ao profissional intervenções continuadas de vínculo, produção de autonomia e responsabilização pelo resultado destas intervenções. (SABOURIN, 2008; LOPES, VILAR et al., 2015). Diante disso, Ventura et al., (2012) afirmam que o enfermeiro desempenha um papel como agente político, de cidadania, o que não compromete sua atuação técnica, afirmam ainda, que a compreensão do cuidado em saúde é reconstrutiva, que envolve voltar-se à presença do outro, otimizar a interação, procurando ter presença ativa, redes de conversação e expansão de horizontes, resultando em mudanças e gerando reflexos para trabalhadores, usuários, instituição e para o próprio sistema de saúde, representando mudanças significativas no real do trabalho realizado no SUS. (KOLHS et al., 2017).

Toda essa relação do coletivo constrói uma cooperação que opera da vontade de trabalhar junto e perpassa pela mobilização subjetiva de contribuir a partir do uso da inteligência e gerando o sentimento de gratidão. Esta conscientização possibilita às enfermeiras outras formas de desenvolvimento profissional, que perpassam pelo etnocentrismo, criando relações mais empáticas com as pessoas de quem cuidam,

construindo laços a partir das competências que se desenvolveram a partir dos vínculos estabelecidos no trabalho. (LIMA, 2011; REIS, COSTA, 2014).

Verbalização 5 - O uso da inteligência prática no cenário real do trabalho

A.13. “se eu não aceitar simplesmente eu não faço, eu tenho o Ministério Público ao meu favor, eu tenho um livro de legislações.”

A.9. “geralmente eu questiono, dificilmente eu faço, geralmente eu peço por escrito e se eles não fornecem [recursos para o trabalho], eu não sou obrigada a fazer (risos).”

A.2. “não, se eu achar que não está de acordo com aquilo que eu tenho que fazer, eu não faço, posso até ser reprimida, mas eu não faço.”

A inteligência prática é pulsional e manifesta-se espontaneamente entre os trabalhadores, remete à astúcia e está ligada à criatividade e à operacionalidade do trabalhador diante da experiência de algo novo e diferente do que lhe é prescrito. Para isso, algumas condições são necessárias para sua manifestação, tais como o interesse pelo trabalho, manutenção das estratégias e/ou macetes para efetivar o trabalho e visibilidade dos resultados que lhe foi conferido no contexto coletivo do trabalho. (DEJOURS, 2007; 2011a).

Mesmo havendo uma brecha entre o antevisto e o real, a rigidez que a organização do trabalho prescreve as suas normas e valores estabelece limites à autonomia. Assim, a liberdade do profissional se mostra de forma transgressora na utilização de macetes, implicando na fuga do padrão burocrático prescrito e levando a considerar novos arranjos para lidarem com as suas atribuições, mesmo que haja riscos e lhe falte reconhecimento nos resultados alcançados com êxito. (DEJOURS, 2008; MORAES, VASCONCELOS; CUNHA, 2012). Assim, quando socializada e reconhecida, a inteligência astuciosa estabelece uma relação de confiança entre o coletivo, que se torna fundamental para que os outros utilizem desses mesmos macetes e transformem o sofrimento em reconhecimento, cooperação e espaço coletivo da fala que se dá pelo comportamento ético. (MENDES; MORRONE, 2010).

Associado a este tema, inúmeros profissionais da área de saúde, incluindo os da Enfermagem, vivenciam diariamente dilemas éticos, sofrendo por questões, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana. Vale então compreender que a ética, por enfatizar os valores, deveres, direitos e o modo como os sujeitos se conduzem nas relações. Nesta perspectiva, é imprescindível que a sua tomada de decisão de qualquer pessoa na função de gestor, seja pautada não apenas pelos valores éticos, mas também pelos valores da profissão, assim, o enfermeiro gestor deve manter um

posicionamento consistente face à instituição onde exerce as suas funções. (LEITE; CLAUDINO; SANTOS, 2009).

Tendo em vista que as profissionais devem empregar táticas para praticar o aumento da autonomia com poder para conceber o seu trabalho e se sentirem ativas no seu trabalho, o aprendizado da autonomia produz um novo sentido e derivar em entusiasmo pelo que fazem. (GLANZNER; OLSCHOWSKY; HOFFMANN, 2017). Com isso, é importante o desenvolvimento de uma cultura crítica de ponderação sobre as fragilidades políticas e a possibilidade de transformação da organização do trabalho. Nesse sentido, a autonomia é capaz de fortalecer e qualificar o serviço a ser calcado no compromisso com as mudanças necessárias do modelo assistencial, no modo de atendimento aos bolivianos e na subserviência a ordens autoritárias que entram em conflito com sua própria subjetividade. (PIRES, 2011).

A partir dos dados do PROART observou-se que 95% das entrevistadas executavam tarefas variadas e que consideravam seu trabalho importante para a sociedade e que embora as enfermeiras acreditassem que a gestão não desvalorize seu trabalho, 75% delas relataram que ter regras institucionais são importantes e norteiam seus afazeres, sendo uma forma de otimizar o trabalho na ESF, gerando satisfação. Diante disso, percebe-se que a autonomia favorece o exercício da inteligência prática, permitindo que o sujeito invente novas formas inusitadas e se utilize de seu saber-fazer para adequar suas tarefas às dificuldades encontradas, havendo um investimento subjetivo que propicia prazer, ao ser reconhecido pelo coletivo e resolver os impasses organizacionais. (MORAES; VASCONCELOS; CUNHA, 2012).

Assim, ter prazer é além de tudo uma vivência que mobiliza o uso da inteligência, aumenta a iniciativa, potencializa a criatividade, possibilita mais autonomia, culminando no fortalecimento da identidade profissional. Além disso, o bom relacionamento entre a equipe de trabalho também gerava prazer, pois possibilitava as profissionais a reconstrução de práticas a partir do saber fazer alheio, transformando e qualificando seu cuidado cada vez mais. (GARCIA et al., 2012).

EIXO 2 - O SOFRIMENTO DO TRABALHO NO ESPAÇO DA SAÚDE PÚBLICA: ENTRE O PRESCRITO E O REAL

CATEGORIZAÇÃO A: Ritmo e divisão do trabalho: a sobrecarga da dupla função.

NÚCLEO DE SENTIDO: “dependendo das condições você atende 50, 60 pacientes por dia (...) não é só o atendimento assistencial, tem a parte administrativa, então a jornada de enfermagem ela é exaustiva sim.”

DESCRIÇÃO: O trabalho das enfermeiras da ESF é marcado pela intensificação do ritmo laboral, frente às cobranças para suprirem as necessidades assistenciais e administrativas na UBSF. Para conseguirem cumprir com a sobreposição das funções, as enfermeiras, enquanto gestoras, conduzem a distribuição das funções e responsabilidades a cada integrante da equipe, conforme as tarefas condizentes ao cargo de cada um. Contudo, a falta de normatização do trabalho gerencial a ser desenvolvido, bem como a falta da previsão de um profissional de enfermagem exclusivo para gerir a unidade, conforma uma divisão do trabalho inadequada, que demanda o dispêndio de energia física, emocional e cognitiva para o exercício das funções, causando aceleração, exaustão e insatisfação com a qualidade do serviço prestado.

Verbalizações 1 - Ritmo e desgaste na dupla função das enfermeiras: as falhas na organização e nas condições laborais

A.3. “eu me sinto sobrecarregada.”

A.5. “a burocracia, a parte burocrática me desgasta mais.”

A.1. “eu tento dividir o meu tempo porque hoje a gente tem muitas funções burocráticas, mas a gente também tem que dar atenção pra população.”

A.8. “ah, na proporção de cinco dias da semana, acho que três são bem exaustivos.”

A.6. “pelo fato de ser uma unidade desestruturada que atende duas equipes, então teria que ter uma reforma até pra aumento, colocar mais profissionais porque a gente também não tem uma equipe completa (...) do jeito que tá não dá.”

As participantes que desenvolviam a dupla função de assistir aos pacientes e gerenciar a unidade sofriam com a sobrecarga pela responsabilidade das atribuições conferidas à função de coordenador e, também, por terem grande quantidade de tarefas cotidianas a realizar junto à população. Ainda que atualmente a função do enfermeiro seja uma das categorias mais indicadas para o gerenciamento das ESF, a dualidade em coordenar a unidade de saúde e assistir ao usuário representava um fator complexo e desafiador, pela dificuldade em serem conciliadas as duas funções,

acarretando em perda da qualidade da assistência e do papel de gerenciar. (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Dentre as atividades prescritas para as enfermeiras desenvolverem na ESF, destacam-se a realização de consultas, solicitação de exames complementares, prescrição de medicações e gerência da equipe de enfermagem (BRASIL, 2011), as quais implicam em planejamento, coordenação e avaliação do trabalho prescrito frente às demandas do real. A dupla função e a urgência em solucionar solicitações gerenciais acabam protelando para segundo plano as ações consideradas fundamentais da ESF, como visitas domiciliares, curativos, campanhas de imunização, consultas de puericultura, rodas de conversas com gestantes, assistência à saúde do homem e comunidade em geral, pois raras eram as oportunidades para saírem da UBSF com vistas a intervirem diretamente na comunidade, conhecerem o território, estabelecerem afetos e estreitarem seus vínculos com a comunidade de forma a facilitar a práxis da promoção da saúde. (MONTENEGRO, 2010).

O aumento de demandas e a hipossuficiência de recursos humanos para a resolução de dilemas burocráticos e administrativos foi apontada por 70% das entrevistadas (PROART), acarretando em maior custo cognitivo, já que a falta de condições de trabalho e de normatizações exigia o maior investimento de engenhosidade e criatividade. A amplitude das suas tarefas incidia no ritmo laboral, considerado inadequado por 60%, sendo que a inexistência de condições materiais suficientes e adequadas para o alcance dos resultados prescritos (85%) fazia com que adotassem a polivalência e a aceleração como maneira de lidarem com as incongruências das funções de cuidar e controlar.

Consoante ao descrito por Dalmolin et al., (2014) e Nascimento (2015), longas jornadas de trabalho, turnos alternados, submissão ao ritmo exaustivo, falta de recursos humanos, de materiais e de espaço físico apropriados, pressão pelo cumprimento de metas com curtos prazos e assédio moral como modo de gestão foram aspectos encontrados no trabalho real das enfermeiras e que geravam ansiedade, distúrbios do sono e fadiga, distanciando o prescrito e do real e potencializando o stress no trabalho e o sofrimento psíquico. (DALMOLIN, et al., 2014; CAÇADOR et al., 2015; NASCIMENTO, 2015).

A falta de espaço físico apropriado (85%), de equipamentos suficientes (65%) e o forte controle no trabalho (75%) causavam o sentimento de cansaço (80%) frente

ao desgaste das atividades (100%), situação que causava sofrimento (90%) e desânimo (75%). Os processos de trabalho a serem contemplados e a responsabilidade pela promoção de saúde, aliada à gestão de uma equipe subdimensionada que trabalhava em condições laborais precárias, decorriam do acúmulo de atribuições e afazeres, realizados com alta rapidez, podendo repercutir em riscos no atendimento aos usuários e também à sua própria segurança. (ANTUNES, 2009). Quando questionadas sobre a sobrecarga de trabalho, 50% das entrevistadas, afirmaram que havia um conjunto de esforços e cadência empreendidas para atender às demandas e exigências excessivas no trabalho, estando relacionados com a dificuldade em enfrentarem o volume e a complexidade da ocupação, que solicitava diversas habilidades e competências a serem acessadas e praticadas, conforme a liberdade conferida pela gestão. (DEJOURS, 1992).

Tal situação também foi constatada por Leite et al., (2014), que verificou a existência de sobrecarga em enfermeiras, condição que implica na adoção de um ritmo de trabalho intenso diante da carência de recursos materiais, problemas de gerência, falta de política de Educação Permanente em Saúde, fragmentação do trabalho, jornada noturna, cobrança dos usuários e da gerência da instituição, relações de trabalho hierárquicas e conflituosas, baixos salários, multiemprego, falta de condições de trabalho e a necessidade de um trabalhador cada vez mais polivalente.

Assim, o trabalho era concretizado graças à intensificação e autoaceleração no serviço, posto que para 55% das participantes os prazos para a execução de demandas burocráticas não eram flexíveis, decorrendo em uma jornada que muitas vezes excedia o expediente, inclusive como forma de aumentar a renda. (ANTUNES, 2007). Ao mesmo tempo, a sobreposição de atividades contraditórias demandadas (cuidar e atender os pacientes x vigiar e controlar seus colegas), a submissão a um fluxo de serviço marcado pela lentidão, o excesso de exigências e de avaliações quantitativas e as condições laborais insuficientes influenciavam nas relações estabelecidas com colegas e usuários e na efetivação de um atendimento de qualidade, gerando desgaste psíquico e exaustão, pela própria frustração e fadiga de tentar colocar em prática o saber-fazer técnico norteado pela ética profissional. (KESSLER; KRUG, 2012).

Para as participantes, a morosidade da gestão pública culmina no mau emprego de recursos físicos e humanos, interferindo diretamente nas ações do sistema de saúde na política da atenção básica. No âmbito da ESF, para um desempenho tido de qualidade a equipe deve ser organizada evitando o individualismo, para poder traçar coletivamente o diagnóstico das necessidades populacionais, elaborar e implementar planos estratégicos de ações, e sanar os embaraços identificados, monitorando e avaliando continuamente os resultados. (FERREIRA, 2012).

Considerando que as enfermeiras, assim como os demais profissionais de saúde, têm o desafio de assegurar a qualidade na assistência de um modo que seja alicerçada em práticas éticas e científicas, ainda que a demanda de atendimentos tendem a aumentar, o acesso aos serviços de saúde que tem como principal porta de entrada a atenção primária precisa estar fortalecido e direcionado às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde. (MONTENEGRO, 2010; TRINDADE; PIRES, 2013; SILVA, et al., 2017). Para isso, faz-se necessário também redimensionar a sobrecarga de trabalho, de forma a fortalecer a identidade profissional calcada em uma função específica (atender ou coordenar), evitando com que o coletivo desenvolva estratégias coletivas de defesa que acelerem a realização das tarefas e anestesiem a percepção da necessidade dos usuários, podendo ao longo do tempo adoecer as trabalhadoras.

Verbalizações 2 - A percepção dos atendimentos realizados aos bolivianos: o prescrito e ao real frente à demanda do paciente estrangeiro

A.12. "a gente atendia [bolivianos], mas agora a secretaria não quer que a gente atende mais boliviano (...) por causa do sistema único de saúde, cartão SUS, que é exclusivamente pro brasileiro (...) mas a gente nunca deixa de atender."

A.9. "eu me sinto bem [de atender a população boliviana], desde que eu tenha condições de dar a ele, **sem deixar de atender a minha população.**"

A.9. "recebemos muitos estrangeiros (...) aqueles que têm o documento brasileiro, a gente atende, desde que more na área de abrangência (...) a questão de vacina, é muito procurada, só é realizada pra quem tem documento brasileiro, cartão do SUS, CPF, RG ou aquele documento fornecido pela Polícia Federal (...) se não tem a documentação brasileira a gente não atende."

A.10. "é bem frustrante né (...) quando vem gestante da Bolívia, você fica assim, com um pé atrás e outro na frente né, não sente segurança não (...) por causa delas não morar na área né, vem abre o cartão, só aparece depois some (...) vem só quando tá na época de quase ganhar [gestante], isso acontece demais."

A.9. "eles [bolivianos] ofereceram dinheiro pra gente fazer uma vacina em oito, oito, dez pessoas, bolivianos que vieram de fora, aí a gente explicou que a gente não podia fazer, que aquilo era ilegal

A.2. "Eu acho que eles pensam que o SUS tem obrigação de atender eles [bolivianos] (...)."

A.13. "é muita gente usando SUS desnecessariamente fazendo com que outros que realmente precisam não sejam atendidos."

- A.4. "como a nossa saúde é uma saúde pública, gratuita, eles querem esses benefícios, então eles eu acho que aumenta mais os nossos gastos."
- A.10. "nem sabia que [SIS-Fronteiras] foi ativo alguma vez."
- A.2. "se o dinheiro fosse usado pra isso sim [SIS Fronteiras], (...) mas eu acredito que teria que ser um acordo mútuo em os dois países."
- A.5. "a questão é a língua, a língua é a maior dificuldade."

Para as enfermeiras, o desconhecimento acerca das normas regimentais por parte da gestão municipal quanto ao direito à saúde enquanto um direito humano à dignidade impacta e desorganiza o trabalho (90%) prejudica a relação profissional-paciente na formação do vínculo à que a ESF se propõe, o que influencia no atendimento ao boliviano.

Considerando que a vivência das enfermeiras em estudo, 50% se sentem revoltadas com a submissão de ordens superiores, culminando em sofrimento para 40% das enfermeiras e 55% com desânimo para realizar suas tarefas, pois para 90% a relação dos atendimentos aos bolivianos não estão associados ao sofrimento e sim à revolta por decisões políticas da gestão. Em contrapartida, percebeu-se que 90% sentem que seu trabalho é relevante para a sociedade, o que leva-se à reflexão de que os estrangeiros são pessoas que devem ser tratadas com a mesma deferência de um brasileiro, cabendo ao Estado proporcionar os direitos e deveres de cada um, sem preconceitos de origem ou qualquer outra forma de discriminação. (FLAMIA, 2018). É o que tem sido feito as enfermeiras, devido o entendimento legal de atender o ser humano independente de qualquer situação que ele esteja e independente de qualquer nacionalidade.

A gratuidade do serviço do SUS está associada ao princípio da universalidade e garante que, independente da sua condição socioeconômica, o usuário não realizará qualquer pagamento pelo atendimento recebido na ESF. Discussões neste sentido versam que o brasileiro também recebe o atendimento gratuito e universal, porém recolhem impostos e indiretamente pagam pelos serviços de forma obrigatória. (PRATA, 2013). Isso se dá devido aos direitos constitucionais assegurados também pela legislação do SUS, que trata a garantia do direito fundamental como dever do Estado. Sobremaneira, dada às dificuldades de financiamento do SUS, fica clara a dificuldade em consolidar a equidade no atendimento nessas regiões de fronteira e, por sua vez, os dilemas acerca do atendimento aos estrangeiros. (FLAMIA, 2018).

Embora as participantes tenham relatado que o acesso de estrangeiros ao SUS não se difere do paciente brasileiro, em geral o atendimento é marcado por

dúvidas e insuficiência de normatizações e das orientações em saúde a partir das determinações da gestão municipal, gerando situações constrangedoras e desrespeitosas aos usuários não nacionais. (WALDMAN, 2001). Mesmo com essas falhas, 90% das enfermeiras disseram que a gestão, ao desvalorizar as inovações empreendidas no trabalho, colabora para que o ambiente se torne desorganizado (70%), impactando fortemente no atendimento aos estrangeiros.

De acordo com Prata (2013), o difícil acesso dos bolivianos aos grandes centros de saúde em seu país, seja por mulheres para a realização de partos, seja pela dependência por serviços gratuitos de média e alta complexidade, levam a população fronteiriça a buscar formas de serem atendidos no SUS, apresentando para isso documentos e endereços de brasileiros (como forma de comprovar sua residência em solo nacional brasileiro) e subornando funcionários da saúde para poderem se utilizar das ações e serviços, especialmente vacinas e medicamentos no Brasil. Se por um lado os estrangeiros fronteiriços têm os mesmos direitos que os brasileiros no acesso ao SUS (apesar de não conhecê-los), dilemas e contradições éticas emergem no atendimento a bolivianos, já que às enfermeiras é repassada com rigidez a prescrição de não atender esta população, podendo gerar frustração nas profissionais dispostas a atender qualquer paciente, indiferente da sua nacionalidade (SILVA et al., 2016), desde a atenção básica à alta complexidade. (FLAMIA, 2018).

Frente à situação de precariedade do SUS, o crescente acesso aos serviços e o aumento nos custos financeiros para o município para todos que o acessam é um dos mais relevantes estrangulamentos nas tentativas de integração. (GADELHA, COSTA, 2007; VEDOVATO, 2013). O boliviano encara barreiras para comprovar seu endereço no Brasil e se tornar regular perante o SUS, pois o cartão do SUS é obrigatório para acessar os serviços. Diante disso observou-se o preconceito no atendimento daqueles que convivem no espaço fronteiriço, impossibilitando a superação das discriminações por meio de práticas cotidianas aos que necessitam de cuidados (PRATA, 2013). Assim, a atitude de banalização ao sofrimento alheio por parte da gestão municipal se ancora na falácia do grande gasto atribuída à população boliviana, bem como na organização do trabalho caracterizada pelo alto ritmo de demandas, frente às precárias condições de trabalho e de pessoal.

O SUS em cidades fronteiriças vêm sendo sobrecarregado devido aos estrangeiros aproveitarem a proximidade com o Brasil para usufruir dos serviços

disponíveis. Há relatos de que há mais de 700 mil emissões de cartão do SUS em um município fronteiro do estado de Paraná, que possui uma população estimada em 270 mil habitantes, o qual não está preparado para receber mais que o dobro de pessoas atendimentos na cidade, repetindo-se tal situação também em outra cidade que faz fronteira com o Paraguai. (STRADA, 2018).

Cabe ainda refletir que, quando a gestão permite traçar objetivos concretos, o direcionamento das ações se dá de forma eficiente e efetiva; no entanto, a falta de recursos compromete os serviços mínimos. Deste modo, com tal desorganização do sistema, além de se perceber o impacto no atendimento aos brasileiros, os bolivianos também sofrem devido tal desestrutura de gestão. (FERREIRA, 2012).

Muitos estrangeiros ao receberem atendimento se deparam com o despreparo de profissionais de saúde devido à falta de orientações legais para a efetivação do atendimento conforme discutido nos eixos anteriores. No entanto, a comunicação torna-se um ponto negativo devido não dominarem a língua que em geral é o espanhol. O gradativo aumento de bolivianos que acessam ao SUS nos últimos quinze anos já deveria ter sido discutido como proposta de política pública para qualificar os profissionais na fluência do segundo idioma ao menos nas regiões de fronteira. (SILVA et al., 2016).

Nota-se a partir das vivências, que é iminente a necessidade do estabelecimento de fluxos e processos de trabalho condizentes com a realidade enfrentada por municípios em relação ao atendimento de usuários estrangeiros. (STRADA, 2018). Conforme Dal Prá (2009) são dois os fatores que fazem com que o atendimento no campo da saúde em espaços fronteiriços seja, em regra, precário:

Por essas pessoas não possuem titularidade formal de cidadãos nacionais, o que lhes garantiria juridicamente o acesso à assistência no Brasil e nos demais países do MERCOSUL; e

Pelas cidades fronteiriças não possuem recursos técnicos e financeiros suficientes para o atendimento indiscriminado e integral das necessidades sociais demandadas pelos fronteiriços. (DAL PRÁ, 2009).

Além disso, Chubaci e Merighi (2002) colocam ainda que a falta de fluência na língua portuguesa dificulta a compreensão do processo saúde-doença, o tratamento a ser seguido e o trato com os profissionais de saúde, causando insegurança tanto para o paciente quanto para as enfermeiras, as quais são

essencialmente procurados para proverem vacinação, inalação, consulta básica e exames. (SILVA, 2010).

Verbalização 3 - Desvalorização e falta de reconhecimento no trabalho pela gestão

A.6. "não quero ser médica, quero ser enfermeira e ser valorizada como tal, mas o meu dia a dia me desgasta e me desmotiva, pela falta de valorização por todos esses trabalhos que eu faço, e eu não sou remunerada pra isso!."

A.6. "eu tirei 150 reais meu bolso pra comprar material de trabalho que o almoxarifado não tinha disponível pra mim e eu tinha que fazer se não ia ser cobrada."

A.13. "se eu fosse bem remunerada não estava precisando fazer SAMU nem pronto socorro."

A.6. "gente tá trabalhando, eles às vezes ameaçam (...) de corte de salário."

Em contrapartida à percepção de realizarem um trabalho importante para a sociedade (90%) e valorizado perante os colegas (90%), a principal queixa abordada pelas enfermeiras foi o salário incongruente com a importância e responsabilidade da função, que engloba o planejamento, o desenvolvimento de ações, a execução e a organização do trabalho.

Neste estudo, percebeu-se que o estilo coletivista predominava, e que 80% das enfermeiras disseram não se sentirem reconhecidas pela gestão municipal e 75% eram desvalorizadas na sua atuação. Frente ao desejo de serem reconhecidas, as participantes empreendiam uma cadência frenética e utilizavam constantemente da inteligência criativa para lidarem com as restrições organizacionais, o que ao longo do tempo trazia exaustão e desmotivação (60%) por constantemente se frustrarem nas tentativas de ressignificação do trabalho.

O processo de trabalho é de grande importância na vida das pessoas por representar sua identidade profissional e seu desenvolvimento. Neste sentido, ao contrário da satisfação no trabalho, as desordens desses fatores contribuem para o surgimento do estresse relacionado ao labor, tornando insatisfatória a percepção do seu trabalho diante das condições de valorização e reconhecimento vivenciado. (TENANI et al., 2014).

Assim, conforme Carlotto e Câmara (2008), quanto mais rígido o modelo de gerenciamento, menor será a possibilidade de ajustamento do prescrito ao real do trabalho, podendo ocasionar adoecimento.

Além da insatisfação no trabalho gerar sofrimento, a desvalorização e a falta de reconhecimento refletem uma série de fatores negativos na qualidade dos serviços, especialmente daqueles que trabalham com saúde. A falta de perspectiva

de crescerem profissionalmente pode culminar em absenteísmo devido o desgaste físico e psicológico desses trabalhadores que não se sentem motivados em trabalhar nessas condições precárias. (NUNES et al., 2010).

Portando, visto que o enfermeiro é um profissional que deixa de ser privilegiado em detrimento de outras profissões, algumas vezes o sentimento gerado nesta situação pode gerar distanciamento, desgaste, sentimento de inutilidade e desmotivação, repercutindo em seu trabalho. (SILVA, 2017).

De acordo com Campos et al., (2015) a enfermagem deve ser vista como profissão que exige cientificidade, deve se ter um conhecimento científico que corrobora diretamente com a saúde da população, respeitando todas as suas necessidades sejam elas individuais ou coletivas. É uma profissão que exige conhecimento e fundamentação teórica para o seu exercício.

Considerando que a média salarial das enfermeiras de Corumbá-MS é de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), percebe-se a falta de reconhecimento de sua contribuição e de suas competências implicadas para o bom andamento do serviço que se dá o engajamento no trabalho, de forma a atender com maior presteza às solicitações ditadas pela gestão e à demanda dos pacientes. Embora por vezes passem despercebidas pela população e/ou pela sua gerência, o reconhecimento e a valorização são essenciais para sua saúde mental, a partir do fortalecimento da identidade profissional.

Diante deste cenário, Hermida (2004) afirma que os baixos salários e a sobrecarga de trabalho podem agravar ainda mais a insatisfação dos profissionais enfermeiros em seu processo de trabalho.

Para suportar o desgaste provocado pelo pouco do prazer no trabalho, os trabalhadores precisam utilizar táticas coletivas para minimizar os problemas atinentes à organização do trabalho, o que se vê com frequência são profissionais que fazem cotas para terem recursos para poderem realizar atividades corriqueiras do dia a dia, que mesmo recebendo salários abaixo do esperado, criam esses tipos de macetes para lidarem com o real do trabalho de forma coletiva. (HÜBNER et al., 2016).

Além disto, Hermida (2004), afirma que a valorização da enfermagem depende também da postura do profissional frente aos problemas que emergem da sua prática. O enfermeiro deve ser autêntico e galgar seu lugar com mérito, através do uso do seu saber científico, e ter autonomia suficiente para desenvolver um

trabalho eficiente de modo a garantir bons resultados em sua assistência. (HERMIDA, 2004).

Complementando o autor supracitado, Nunes et al. (2010) refere que a insatisfação profissional é gerada quando o indivíduo não consegue atender suas necessidades pessoais e profissionais, interferindo no desempenho pessoal e profissional gerando prejuízo em seu processo de trabalho.

Estas afirmativas corroboram com os estudos de Jeong e Kurgant (2010) no qual, apontaram que o salário dos enfermeiros são incompatíveis com as inúmeras atribuições e funções que são delegadas a estes profissionais, levando-os à buscar por outras fontes de renda como, plantões extra, outros vínculos empregatícios, e até trabalhos informais, aumentando a sobrecarga e levando à auto aceleração para suprirem as demandas do trabalho prescrito e às suas necessidades financeiras, tal como a busca por reconhecimento.

EIXO 3: SOFRIMENTO PATOGÊNICO, PATOLOGIAS SOCIAIS E DEFESAS

CATEGORIZAÇÃO A: Estratégias coletivas de defesa, estratégias de enfrentamento, reações psicossomáticas e patologias sociais.

NÚCLEO DE SENTIDO: A.9. "trabalhar na saúde já é exaustivo, dependendo das condições que você atende de 50, 60 pacientes por dia, então ela é exaustiva, ela é cansativa e ela é corrida, porque não é só o atendimento assistencial, você tem a parte administrativa, então a jornada de enfermagem ela é exaustiva sim."

DESCRIÇÃO: O sofrimento passa a ser considerado patogênico quando há esgotamento de recursos de defesa, mediante o alongamento do tempo de frustração e fadiga com relação às tentativas de modificação do trabalho. Tal situação leva à criação e compartilhamento de estratégias coletivas de defesa, mecanismos de defesa individuais ou mesmo estratégias de enfrentamento, situação que ao longo do tempo é capaz de acarretar na instalação de patologias sociais e no adoecimento, gerando danos físicos e mentais.

Verbalizações 1 - Estratégias de defesas coletivas a partir do real do trabalho em Estratégia de Saúde da Família

A.4. "ultimamente a minha equipe tem lidado da forma que a secretaria impõe, se eles dão condições a gente trabalha, se eles não dão condições a gente também já não está correndo tanto atrás."

A.12. “dia da puericultura mesmo, de manhã chega 30 a 40 crianças, à tarde mais umas 20, 30, depende do dia né, tem dia que é mais tranquilo, tem dia que é mais agitado.”

Conforme as verbalizações de ritmo e desgaste na dupla função das enfermeiras apresentadas no eixo 2 e os dados do PROART, observou-se que 90% das enfermeiras não são incentivadas a buscar novos desafios e que 95% têm suas competências desvalorizadas pela gestão. Portanto, esses dados vão ao encontro da afirmação de que 95% das entrevistadas sentem que os gestores não se preocupam com o bem-estar dessas profissionais, levando as profissionais à auto aceleração como forma de estratégia de defesa coletiva.

A cobrança por resultados e exigências acima da média são características do modelo de gestão nas ESFs, onde a rigidez da divisão entre quem planeja e quem executa e a concentração de poder pode levar ao sofrimento patogênico, dado o alto custo físico, cognitivo e afetivo implicado nas tarefas e a dificuldade em redimensionar o trabalho. (ANTUNES, 2007; MERLO; TRAESEL; BAIERLE, 2011).

Devido à sobrecarga de trabalho, exigências, rigidez, cobrança e ritmo para cumprir metas, o trabalho na ESF suprime o tempo dedicado ao lazer, pois muitas vezes levavam tarefas para casa, de modo a suprir a demanda burocrática exacerbada, aumentando o ritmo e a jornada, ainda na hora de descanso junto da família. Embora a auto aceleração empregada pelas enfermeiras possibilitasse o cumprimento de metas, também propicia o distanciamento dos fatores da organização e das condições laborais causadores de sofrimento, por deixá-los inconscientes via hiperatividade profissional. Nesse sentido, é possível constatar que o modelo de gestão empreendido no município consentia a elaboração de macetes e manobras que fossem ao encontro do necessário e não disponibilizado para as ESFs, não permitindo com que novas normatizações ou ações, como o atendimento aos bolivianos, fossem uma nova prática assumida e partilhada. Frente a essa situação, emergia o sofrimento psíquico, revelado a partir do embate entre a impossibilidade de rearranjar os projetos e a história singular das trabalhadoras do sujeito e a difícil adequação a uma organização do trabalho despersonalizante. (MERLO; TRAESEL; BAIERLE, 2011).

Corroborando com os autores supracitados, Hanzelmann e Passos (2010) apontaram que ritmos acelerados de trabalho, fragmentação do trabalho, falta de reconhecimento e falta de valorização, são indicadores de sofrimento que permeiam

no cotidiano e que podem causar adoecimento derivado do sentimento de sobrecarga e auto aceleração como citado acima.

Embora o sofrimento no trabalho seja singular e individual, não é fácil construir uma estratégia de defesa que anule o sofrimento. No ambiente de trabalho, quando se consegue estabelecer esta relação de confiança, muitos tentam conservar as defesas para evitar mudanças que levem ao sofrimento novamente, tornando então os trabalhadores refém de suas estratégias. (MERLO; TRAESEL; BAIERLE, 2011). Nesse sentido, o comportamento de auto aceleração funcionava como uma estratégia para minimizar a sobrecarga de trabalho, para que as enfermeiras tivessem condições de se manterem em equilíbrio e se protegerem das situações que demandassem resolutividade, agilidade e destreza mediante a imprevisibilidade do trabalho. (OLIVEIRA, 2004).

Porém, a intensificação da cadência gera riscos, aumentando a fadiga mental devido à super utilização do aparelho psíquico para manter em ordem as metas de seu trabalho. (SELIGMANN-SILVA, 2011; MARTINS, 2011).

Desse modo, Machado e Merlo (2008), Merlo, Traesel e Baierle (2011) e Traesel e Merlo (2011), referem que atrelado a esta atitude de não respeitar os seus limites psíquicos e físicos, o trabalhador tenta neutralizar os efeitos do sofrimento no seu corpo, não sentindo dor ou repercussões físicas, como se estivesse anestesiado pelas mazelas do labor. Para Traesel e Merlo (2011), o trabalhador naturaliza sua dor e sofrimento, cultivando a falsa ideia de que não adoecer porque é forte, e que não sofre as perdas dos pacientes de quem cuida, funcionando como uma imunização a tudo o que acontece. Assim, essas estratégias partilhadas no espaço coletivo, ao mesmo tempo em que minimizam a percepção do sofrimento devido ao contexto laboral e às frustrações em modificar o trabalho, podem ao longo do tempo adoecer e fazer com que seja adotado uma conduta distante e negligente com relação ao sofrimento alheio, afastando afetivamente as profissionais dos usuários.

Deste modo, os autores supracitados ressaltam a importância dos gestores participarem da democratização do espaço coletivo e nas relações de trabalho, pois quando se observa uma equipe entrosada e alinhada inclusive nas estratégias de defesa, é possível também potencializar o envolvimento dos profissionais com a organização do trabalho e enfrentar as práticas gerenciais desgastantes que induzem na realização coletiva da assistência biomédica, fortalecendo a dimensão

sociocultural na produção da saúde e qualificando os processos de coletivos de trabalho. (GLANZNER; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2018).

Verbalizações 2 - Estratégias individuais de enfrentamento ao sofrimento no trabalho

A.1. "reúno com os amigos, passeio, quando possível viajo, vou ver minha família que ninguém é daqui."

A.3. "é, eu gosto de cozinhar."

A.5. "eu faço corrida né, gosto de fazer uma corrida básica, faço também aula de circo e estudo também."

A.15. "faço meu serviço em casa, cuido da minha filha, lavo roupa, passo roupa. (...) eu tenho duas horas de almoço e todo final de semana."

A.7. "passo um tempo com a minha neta que é a maior felicidade que eu tenho (...) gosto de costurar, fazer artesanato, sair com minhas amigas."

A.13. "passo um tempo com a minha neta que é a maior felicidade que eu tenho, minha bebezinha, e gosto de costurar, fazer artesanato, sair com minhas amigas, distrair um pouco."

A.6. "depois de um ano e meio de terapia eu aprendi que nem tudo eu vou conseguir resolver, então eu to conseguindo já abstrair muita coisa né, eu tento da melhor forma possível, vou atender a todos da melhor maneira, mas aquilo que não tá no meu alcance eu não deixo mais isso atrapalhar eu como pessoa, meus sentimentos, porque tem coisa que não depende nem da gestão municipal, vem lá de cima, federal."

Dados do PROART complementam com os relatos de que, 95% das enfermeiras valorizam o fortalecendo os laços afetivos, favorecendo algumas tomadas de decisões em grupo segundo 75%.

A adoção de formas de enfrentar e de se protegerem dos efeitos adversos da desvalorização do trabalho foram narradas pelas enfermeiras, como cultivar momentos de lazer, entendidos como um tempo em que se entregam ao repouso, à diversão, à recreação e ao convívio social com amigos e familiares. Também é visto como uma forma de promoção da própria saúde, pois favorece ao cuidado com a sua mente com seu corpo devido atuar como uma válvula de escape para que possam amenizar os sofrimentos. Porém, tais ações acabam por favorecer às enfermeiras condição de aguentarem um pouco mais as demandas laborais, sem no entanto serem capazes de protegerem ou adaptarem o psiquismo à organização. Embora o profissional queira se sentir aliviado para trabalhar bem e que essas estratégias, diante do sofrimento, serem momentos que trazem alegrias, como os casos de festinhas, ações educativas, datas comemorativas atinentes à saúde e demais eventos, elas não resolvem as dificuldades do cotidiano, tampouco ressignificam o trabalho. (HÜBNER et al., 2016).

Assim, durante o tempo livre narraram que passeavam, viajavam, ficavam com a família, faziam exercícios físicos, sendo que apenas uma enfermeira narrou a

procura por auxílio psicológico no enfrentamento dos impasses do serviço. Contudo, diante do conflito entre desejo, renúncia e gratificação, se utilizavam de mecanismos de defesa individuais com vistas a encontrarem negarem, racionalizarem e isolarem os fatores geradores de sofrimento (MENDES; FREITAS; AUGUSTO, 2013; DUARTE; GLAZNER; PEREIRA, 2018). Com isso, segundo dados do PROART, embora 55% das participantes terem relatado tristeza constante em função de problemas do trabalho, 85% delas disseram serem bem-humoradas e 95% não reportaram quaisquer dificuldades em relacionamentos extra-laborais, confirmando a utilidade dos mecanismos em favorecer a continuidade do serviço, deixando inconscientes as causas geradoras de sofrimento.

Entendendo que a recomendação de praticar exercícios físicos regularmente em todas as faixas etárias é uma estratégia saudável de estilo de vida na tentativa de melhorar as condições de saúde, a categoria da enfermagem se mostra defasada em praticar cuidados físicos, por estar sempre exercendo afazeres do trabalho, em jornadas longas e exaustivas. (COFEN, 2018). Em contrapartida, o fato da profissão ser composta majoritariamente por mulheres as levava a dedicarem seu escasso tempo livre aos cuidados domésticos e familiares, sendo então o trabalho das enfermeiras ininterrupto e constituído por tripla jornada.

Percebeu-se que quem mais cuida de gente está cada dia menos sendo cuidado e mais sujeito a adoecer por conta do trabalho exercido, sendo que de acordo com o COFEN (2018), muitas enfermeiras não tem sequer o hábito de tirar férias regularmente, devido tanto à responsabilidade introjetada da função como à perda de dinheiro extra, como no caso de plantões para complementar a renda mensal.

Diante desses fatores que podem conduzir à piora da saúde mental, são necessárias ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. A imposição do cumprimento de metas demasiadas prejudica e influencia as relações familiares, sendo um fator determinante no processo de adoecimento, já que além de desgastar a saúde física, o pouco tempo de dedicação com a família e com o lazer acirram o sofrimento mental. (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016).

Verbalizações 3 - Patologias sociais da violência: assédio no trabalho

A.6. “já [vivenciei] (...) perseguição, de ver uma situação que por lei eu sabia que não podia acontecer, mas que pela política foi imposta, e aí eu questionei, e por causa disso eu fui chamada pela representante da Secretaria Municipal de Saúde da época, inclusive essa pessoa gritou, bateu na mesa (...) com um bloco de notas fiscais pra eu assinar (...) notas que eu não tinha certeza daquele valor, eu nunca tinha visto, até porque a minha unidade ainda não estava pronta, tinha muita coisa que estava faltando ainda e eu me recusei a assinar (...) minha coordenadora geral poderia assinar no meu lugar e ela resistiu, não assinou, jogou pra cima de mim e me obrigou a assinar (...) no dia seguinte eu fui chamada na coordenação de novo pra cortar o meu salário por punição porque eu questionei (...) um ano e meio de terapia e aí foi, por isso que eu queria entrar na Marinha na época (...) a gente vive sob pressão né, por assédio moral e a gente fica amedrontada com o que pode acontecer, eu preciso do meu emprego.”

A.9. “passei por uma situação muito difícil na gestão antiga (...) foi uma situação de assédio mesmo (...) ela [Secretária de Saúde] me chamou porque ela queria que eu assinasse determinados documentos (...) eu acho que não é dever do enfermeiro (...) eu fui assediada mesmo (...) só não me mandaram embora porque eu era efetiva na época (...) eu não engulo mais sapo (...) eu não aceito mais passar pela aquela situação, eu particularmente não aceito, psicologicamente eu não aceito, se eu tiver que passar por isso novamente eu vou ao Ministério Público e faço um ‘fuá’ danado, mas eu vou correr em função dos meus direitos.”

A.12. “fiquei assim, com extrema depressão por causa de perseguição da Secretária de Saúde da outra gerência que teve né, nós tivemos até que ir pra ouvidoria, porque assim não! Umas coisas assim, que deixa a gente bem fragilizada (...) nunca me afastei.”

O conceito de assédio moral engloba um conjunto de atos hostis que acontecem de forma prolongada através de ações, comportamentos, palavras, gestos e atitudes, desqualificando e constrangendo as pessoas na sua dignidade, afetando sua integridade física e mental. (HELOANI, 2005; HELOANI, 2016). Segundo a OMS (2004) as mulheres são as maiores vítimas do assédio moral por conta das relações de gênero presentes no mundo do trabalho e pela relação de desigualdade e constante desvalorização.

De acordo com Soboll e Gosdal (2009), o ambiente de trabalho precário e individualista, pouco propenso à solidariedade, em que predomina a competição exagerada e o clima desrespeitoso e consumista, facilita a instalação de violências.

A violência no trabalho, caracterizada pela prática de ações voltadas para manter interesses específicos por meio de instrumentos coercitivos, desqualificando a democracia, a crítica e a reflexão no trabalho, pode ser vista de diversas formas, como: na banalização do mal conferidos a outros, no controle psicológico, na derrota da reflexão crítica e no totalitarismo. Essas formas de violência podem se manifestar quando as relações de poder estão ausentes ou quando está exercida de forma total e absoluta, levando à dissimulação discursiva em prol da produtividade com excelência à toda prova, que favorece problemas de saúde como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), adoecimento psicológico como o *Burnout*, a depressão, as

manifestações psicossomáticas de *stress* e os transtornos de ansiedade. (SALIM, 2003).

Estudo realizado por Leite (2012) revelou que a categoria profissional que mais sofre com assédio no trabalho é a enfermagem e somam às condições de longas jornadas de trabalho, turnos desgastantes, riscos à doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e forte controle por parte da chefia. Sobre isso, 85% das enfermeiras relataram vontade de desistir de tudo devido aos danos psicológicos e problemas causados pelo trabalho, 54% afirmaram que a gestão incentiva a idolatria dos chefes e 57% disseram que os gestores fariam qualquer coisa para chamar atenção. Ainda, para 55% das participantes os gestores se consideram insubstituíveis e para 60% estes se veem como o centro do mundo.

Tal diagnóstico indica a existência de relações conflituosas entre gestores municipais e enfermeiras coordenadoras, as quais por mais que se esforcem não recebem reconhecimento pela contribuição dada ao serviço de saúde, sendo implícito um tipo de gestão municipal individualista, permeado por situações de assédio. Para Soboll (2014) a prática do assédio moral no trabalho da enfermagem caracteriza uma situação de extrema violência psicológica e leva ao sofrimento psíquico podendo adoecer o trabalhador.

O assédio moral pode ser visto nas organizações do trabalho onde há grande exigência e forte controle do trabalho, além do subdimensionamento de profissionais. Este ambiente opressor favorece o surgimento de patologias psíquicas e transtornos mentais. Essas formas de violência são ainda mais evidentes em empresas que visam o lucro, acumulando funções aos trabalhadores que sofrem com sobrecarga, mas que dependem do trabalho para prover o sustento. (SOBOLL, 2008).

Segundo Heloani (2004) a perversão moral que possibilita a prática de condutas abusivas e vexatórias, aliada a uma política social de hipercompetitividade, torna possível enxergar o outro não como igual, mas como instrumento para se alcançar objetivos, caracterizando os casos de assédio moral associado à questões políticas e interesses pessoais frente ao trabalho do outro.

No entanto, essas situações de sofrimento por assédio no trabalho, causam implicações peculiares como depressão, distúrbios psicossomáticos, vergonha e humilhação, perda do sentido e modificações psíquicas e que quando há uma

intensidade deste tipo de violência, o trabalhador fica exposto ao alto risco de desenvolver uma depressão severa e até cometer suicídio. (HIRIGOYEN, 2010).

De acordo com Hirigoyen (2010) os distúrbios psicossomáticos verificados após casos de assédio, como os 52% encontrados em seu estudo, após algum tempo passam a se desenvolver de forma impressionante e grave. "O corpo registra a agressão antes do cérebro, que se recusa a enxergar o que não entendeu. Mais tarde, o corpo acusará o traumatismo, e os sintomas correm o risco de prosseguir sob a forma de stress pós-traumático". (HIRIGOYEN, 2010, p.161).

Assim, constatou-se que o sofrimento patogênico do trabalho incide em forma de distúrbios digestivos (gastrites, colites, úlceras, de estômago), emagrecimentos intensos ou então aumento de peso de forma muito rápida, distúrbios endocrinológicos (problemas de tireóide, menstruais), vertigens, doenças de pele, indisposições, hipertensão arterial descontrolada, mesmo estando as enfermeiras sob tratamento.

Por fim, o sofrimento pode ser transformá-lo em prazer a partir do uso da inteligência prática diante do real do trabalho. Deste modo, o uso da inteligência prática permite de forma astuciosa e transgressiva que o trabalhador se ajuste diante das percepções impostas pela prescrição do trabalho, na busca por estratégias que torne o trabalho prazeroso com possibilidade de minimizar o sofrimento patogênico decorrente do trabalho. (DEJOURS, 2008).

Verbalizações 4 - Adoecimentos e danos psicossociais relacionados à sobrecarga de trabalho

- A.1. "deslocamento de vértebras, escoliose, lordose, cifose, hiperlordose (...) tenho tromboflebite e refluxo de safena."
- A.2. "uma gripe que eu tive por excesso de trabalho."
- A.8. "recentemente, uma crise de labirintite."
- A.13. "dor nas costas (...) dor no braço, eu tive queda de cabelo por estresse, ganho de peso por estresse e recentemente apareceu um tumor na mama que foi diagnosticado como câncer."
- A.12. "depressão (...) muita ansiedade né, por conta de muita perseguição, principalmente quando é temporada política."
- A.14. "to tendo agora, mas acho que é mais por causa do estresse e por causa da minha gestação (...) problema vascular, edema nos membros inferiores, antes da gestação tive que pegar atestado, em 11 anos de profissão nunca precisei."
- A.4. "o estresse, a agressividade, o mau humor, fui até pra terapia porque chegou uma hora que nem eu estava me suportando, então procurei ajuda."
- A.6. "estresse, a minha psicóloga na época falou que eu estava com esgotamento, estressada e depressiva né."

Os trabalhadores de enfermagem são expostos a diversos tipos de riscos causadores de doenças ocupacionais, como fatores químicos, físicos, biológicos,

ergonômicos e psicossociais. Além desses fatores, a enfermagem sofre com o impacto das políticas sociais e econômicas do país que incidem sobre as desfavoráveis condições materiais, estruturais e organizacionais, que tornam as enfermeiras vulneráveis a adoecerem, dada a grande demanda de atendimento assistencial e administrativo a ser realizado, gerando consequências patológicas que se refletem também no atendimento à comunidade e nos relacionamentos socioafetivos. Esses aspectos estão ligados aos resultados do PROART, que autentica as narrativas ao evidenciar que 75% das enfermeiras apresentavam dores no corpo e principalmente nas pernas, 65% referiam dores nos braços e nas costas, 70% sentiam dores de cabeça, 60% relataram distúrbios digestivos associados à 55% de relatos de alteração no apetite.

Diante desses resultados percebe-se que assim como a dupla função acumuladas, as mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados no lar, havendo evidências consistentes da influência da sobrecarga doméstica na saúde física e na mental de mulheres, pela desvalorização, invisibilidade e não remuneração dessa atividade. (LUA et al., 2018).

Além disso, o ambiente de trabalho da enfermagem na ESF tende a potencializar as manifestações psicossomáticas como os vários sintomas de stress e de *Burnout*, bem como de lesões por esforço LER/DORT. (SALIM, 2003).

No caso das LER/DORT, elas estão fundamentalmente relacionadas com as mudanças na organização do trabalho e com as inovações tecnológicas resultantes da reestruturação produtiva. Pressupondo que a Enfermagem é uma das profissões que mais exercem movimentos laborais em seu cotidiano, e que movimentos repetitivos associados a uma elevada carga do uso da força física são formas de adquiri-las, é importante que estes profissionais tenham conhecimento sobre o assunto a fim de evitá-las. (SALIM, 2003).

Mais do que significarem um simples adoecimento, tal ocorrência se configura em patologia social que se deve à exaustão do sistema musculoesquelético associada à falta de tempo para reparo do corpo, pela própria dinâmica da hipersolicitação implicada no ritmo de trabalho, na divisão injusta das funções, na insuficiência material no ESF e no baixo salário recebido. Tais fatores se encontram ancorados na disseminação de valores toyotistas de polivalência, iniciativa,

criatividade, considerados atributos comportamentais necessários para o alcance do serviço de qualidade e reconhecimento.

Contudo, a busca incansável pela excelência no trabalho, como forma de alcançar a qualidade na função que lhe confere, torna a busca da excelência, apenas possível quando as enfermeiras ocupam o aparelho psíquico o tempo todo, não deixa espaço para a reflexão da organização do trabalho e sua transformação, deixando clara a necessidade da participação do gestor na resolução dos problemas que adoecem os coletivos que trabalham na saúde pública. (SOUZA, 2011).

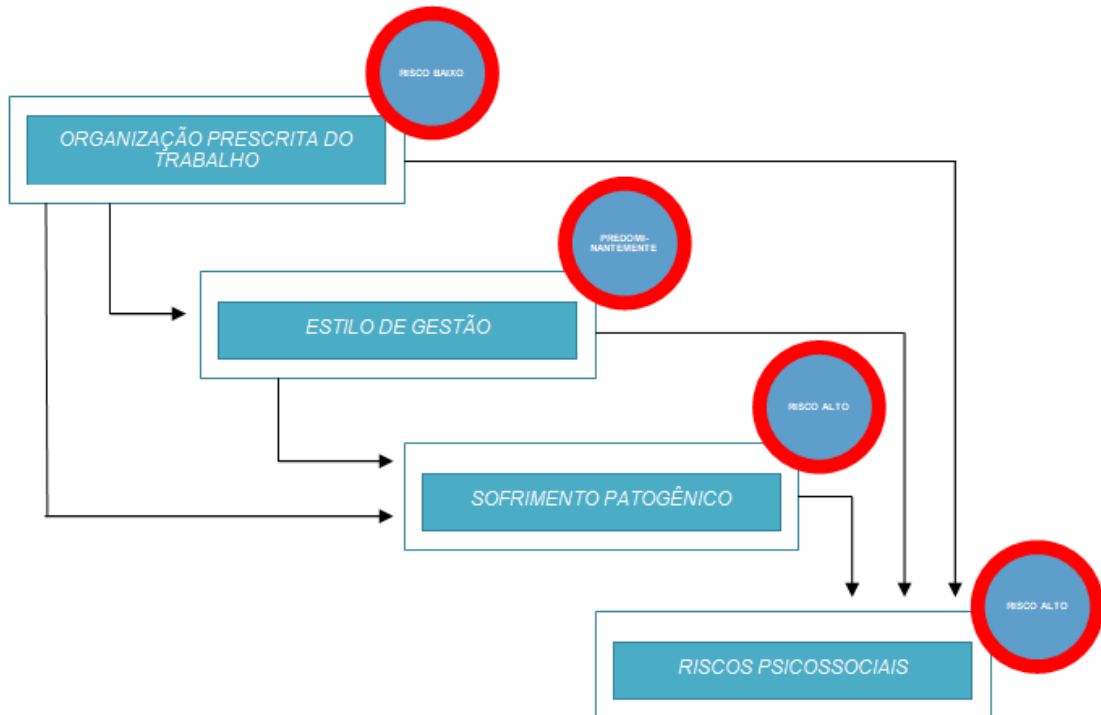
Diante de toda essa exigência, o relacionamento interpessoal entre os integrantes da equipe, pode sofrer com as condições de estresse devido a auto aceleração e a sobrecarga de trabalho, chegando a interferir na qualidade da assistência de enfermagem prescrita e real da ESF. Como forma de dirimir estes sintomas, a relação otimista e positiva com o coletivo é fundamental, como estratégia para minimizar o sofrimento e diminuir os níveis de tensão decorrente do trabalho. (SALIM, 2003).

Outros problemas foram citados e relacionados ao trabalho pelas enfermeiras foram queixas de alterações no padrão do sono, acometimento ao aparelho digestivo (vômitos, úlceras nervosas, problemas estomacais), bem como, cefaleia, dores musculares, aumento de peso, dor no peito, fadiga, cansaço extremo e estafa, que nos estudos de Jacoby (2009) aparecem catalogando os profissionais de enfermagem como alvo deste tipo de sofrimento, pois tantas alterações se dão devido à exposição aos fatores ergonômico, químico, físico, psicológico e biológico que a enfermagem se expõe diariamente. (JACOBY, 2009).

Nota-se então, que os profissionais de enfermagem convivem com condições precárias de trabalho. A enfermagem está entre as profissões mais desgastantes da atualidade e a exposição às doenças, aos fatores físico, químico, biológico e psíquico potencializa o adoecimento dos enfermeiros. (HANZELMANN e PASSOS, 2010).

4.6 ARTICULAÇÃO ANALÍTICA DOS RESULTADOS QUANTITATIVO

Figura 1 - Resultado da articulação analítica a partir das vivências das enfermeiras sob a ótica do PROART



Fonte: elaborado pelo autor.

Embora os eixos do capítulo anterior tenha abordado os resultados individuais de cada escala do PROART, cabe destacar que o alto risco psicossocial de adoecimento da enfermagem se dá pela atividade penosa que exerce diariamente, pois que lida diretamente com inúmeras discrepâncias inerentes às condições e à organização do trabalho, exigindo preparo físico e emocional para que o trabalhador não adoça. Somado a isso, o hipodimensionamento de profissionais nas unidades, sobrecarrega as enfermeiras que já sofrem com as condições inadequadas de trabalho, limitado poder de decisão, entre outros fatores que contribuem para o processo de desgaste. (MACHADO et al., 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a intenção de se apropriar das experiências do prazer e do sofrimento no trabalho de enfermeiras, levando-se em consideração o objetivo de analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Corumbá-MS, fronteira Brasil-Bolívia, buscou-se compreender os aspectos da organização do trabalho e das relações profissionais que se referem ao atendimento dos bolivianos; analisar os aspectos da organização do trabalho e das condições laborais geradoras de sofrimento no trabalho e analisar as estratégias coletivas de enfrentamento usadas no embate com as dificuldades do trabalho real.

Este estudo evidenciou condições predominantes de sobrecarga, geradoras de aceleração no trabalho e que acarretavam sofrimento e exaustão. O atendimento a bolivianos não foi relacionado ao sofrimento, havendo tanto enfermeiras que os acolhiam conforme os preceitos do SUS e da ética profissional, como também casos em que predominava a existência de banalização do sofrimento alheio daqueles que buscavam o serviço, o que merece maior atenção.

Diante dos parâmetros de insatisfação, desgaste, injustiça e desânimo, evidenciou-se que os sentimentos predominantes de rigidez no atendimento ao prescrito, o qual geralmente não é compreendido adequadamente; discriminação no atendimento a bolivianos; dilemas éticos pela orientação de não atender a população estrangeira por parte da gestão municipal e frustração por não conseguir fazer o seguimento no atendimento da população boliviana.

Considerando que o sentimento de inutilidade está fortemente relacionado à sensação de desvalorização do trabalho, observou-se que os sentimentos implicados nas atividades eram tanto relacionados ao prazer no trabalho, como o reconhecimento conferido pela comunidade, como de sofrimento patológico, derivado do excesso de trabalho e da falta de recursos.

Acerca do conhecimento das normas e percepções das condições para a efetivação do atendimento ao estrangeiro, foi possível perceber a falta de compreensão entre os profissionais acerca de acordos de atendimento à população boliviana. No entanto, observou-se que questões éticas a serem seguidas na saúde pública não são consideradas no atendimento ao boliviano, fato este que está relacionado à falta de conhecimento dos acordos restritos à burocracia documental,

o que prejudica o atendimento e a solidariedade entre os povos, e facilita a banalização do sofrimento alheio diante da percepção de sobrecarga (diferença entre o prescrito e o real e da incapacidade para realizar o trabalho com população estrangeira).

Evidenciou também que embora a gestão tenha um estilo predominantemente individualista, normativo, coletivista e realizador, o estilo coletivista destaca-se, possibilitando compreender a análise dos sentimentos e sensações a partir da mobilização subjetiva. E que embora tenha sido verificado a predominância no estilo coletivista, que pode ser caracterizado pela percepção de trabalho perfeito, orgulho, confiança e autoestima organizacional, a análise de sentido permitiu observar que os sentimentos predominantes se deram pelo enfrentamento das adversidades da equipe ao atender as populações brasileira e boliviana, devido o bom relacionamento entre a equipe, indiferente da nacionalidade do paciente.

O elevado risco psicossocial pode ser evidenciado a partir dos relatos da patologia social da violência, vistos por meio dos casos de assédio moral. Também se verificou o uso da racionalização decorrente danos físicos, proveniente da sensação de adoecimento por sobrecarga, estresse e medo, bem como, mau funcionamento das estratégias coletivas de defesa diante do enfrentamento ou adaptação ao trabalho, pois os danos sociais, foram notados também pelo o aumento do trabalho como forma de minimizar e diluir a ansiedade no trabalho, falta de espaço coletivo e de condições de trabalho.

Considerando a tendência de sofrimento patogênico no trabalho devido ao assédio, ao uso de estratégias coletivas de defesa e à organização do trabalho potencialmente adoecedora, observou-se que as enfermeiras necessitavam se conscientizar dos elementos organizacionais da ESF que se relacionavam às condições de saúde mental encontradas.

Diante disso, foram realizados dois eventos para integrar as profissionais com esses dados, o primeiro foi um Seminário Sobre Saúde Mental no Trabalho em parceria com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Corumbá, no dia 05 de outubro de 2018, com a participação dos profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde do município de Corumbá-MS. Neste evento foi possível apresentar os dados e discuti-los a partir das vivências de cada um.

Já o segundo evento considerou a ocorrência de dois profissionais de enfermagem terem se suicidado nos primeiros 30 dias do ano de 2019 no estado

Mato Grosso do Sul. A partir deste dado relevante, o Conselho Regional de Enfermagem realizou o Seminário de Sofrimento Mental e Organização do Trabalho em Enfermagem, onde este estudo participou da programação oficial de palestra para tornar público os resultados a partir das experiências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras. Tendo em vista que este evento foi aberto ao público em geral, observou-se que é uma preocupação não só da enfermagem, mas sim de vários profissionais da saúde, pois o público se constituiu de uma multiprofissionalidade que possibilitou refletir os aspectos da organização e das condições de trabalho.

No entanto, embora tenham sido efetivados estes eventos, são necessárias mais ações direcionadas à valorização do trabalho do enfermeiro, com a criação de espaço coletivo para encontros, reuniões e clínica do trabalho de modo a garantir a discussão do seu desgaste frente ao espaço do trabalho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M. E.; MOTA, A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface, Botucatu (SP)**, Botucatu, v. 18, n. 50, 2014, p. 493-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130040.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ALBUQUERQUE, J. C. **A dinâmica das fronteiras: os brasiguaios na fronteira entre o Brasil e o Paraguai**. São Paulo: Annablume, 2010.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P.; O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev Eletr Enferm [Internet]**. Goiânia, v. 09, n. 03, p. 617-629, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>. Acesso em: 11 mai. 2018.

ANTUNES, R. **Dimensões de precarização estrutural do trabalho**. In: Druck G, Franco T, organizadoras. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo; 2007. 112 p.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009. 264 p.

ARAÚJO, A. J. S.; SIQUEIRA, A. B. ; VASCONCELOS, A. C. L. ; FIGUEIREDO, M. G. ; MÁXIMO, T. A. C. O. ; FELIX, Y. T. M. Cooperação, confiabilidade e segurança no trabalho. **Fractal: revista de psicologia**. Rio de Janeiro, v. 30, p. 78-85, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-02922018000200078&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 abr 2019.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2005.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2019.

ARROYO, M. **Território, Mercado e Estado: uma convergência histórica**. Geographia, 2004.

BARBIANI, R.; DALLA NORA, C. R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. p. 24 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27579928>. Acessado em 19 fev 2017.

BARBOSA, K.; BUENO, M. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours à pesquisas brasileiras. **ECOS**. v. 2. n. 2. p. 306-318. 2012. Disponível em:

<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1010>. Acessado em 01 jan 2018.

BARROS, I. C. **A importância da estratégia de Saúde da Família: Contexto histórico**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais: Faculdade de Medicina, 2014.

BENDASSOLLI, P.; SOBOL L. A. P. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. 288p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=593496&indexSearch=ID>. Acessado em 23 mar 2019.

BENEDETTI, A.; SALIZZI, E. Fronteras en la construcción del territorio argentino. Cuadernos de Geografía. **Revista Colombiana de Geografía**. Bogotá: v. 23, n. 2, p. 121-138, 2014. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rcg/article/view/38366>. Acessado em 20 dez 2018.

BOMFIM, E. S.; ARAÚJO, I. B.; SANTOS, A. G. B.; SILVA, P. A.; VILELA, A. B. A.; YARID S. D. Nurse activity on educational practices in the family health strategy. **Journal of Nursing**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1398-1402, 2017. Disponível em : <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13982>. Acessado em 14 jan 2019.

BRANCO, M. L.; TORRONTEGUY, M. A. A. **O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS**. In: III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário, n. 4, 2013, Brasília. Anais[...] 2013, p. 932-945.

BRASIL, Constituição Federal de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 7.876, de 13 de junho de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. Decreto-lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979. **Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências**. Brasília, 1979.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em 26 set 2017.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. **Institui a Lei de Migração.** Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** 2004.

BRASIL. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2011.

CAÇADOR, B. S.; BRITO, M. J. M.; MOREIRA, D. D. A.; REZENDE, L. C.; VILELA, G. D. S. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, v. 18.3, 2015. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027> Acessado em 12 out 2018.

CAMPOS, I. C. M.; ANGELICO, A. P.; OLIVEIRA, M. S.; OLIVEIRA, D. C. R. Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 764-771, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr 2019

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico.** Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2008. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>. Acessado em 11 out 2018.

CARNEIRO FILHO, C. P. **Processos de Transfronteirização na Bacia do Prata: a Tríplice Fronteira Brasil-Argentina-Paraguai.** 255f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós Graduação em Geografia, UFRGS. Porto Alegre, 2013.

CARVALHO, F. A. L. **Atenção à saúde nas cidades fronteiriças de BonFim e Pacaraima: Implementação do SIS-Fronteiras em Roraima.** 120 f. Dissertação

(Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.10, n.6, pp.805-812, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000600009&script=sci_abstract&tlng=pt Acessado em 22 abr 2018.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfil-da-enfermagem-tera-publicacao-em-livros-e-revistas-academicas_34575.html. Acesso em: 30 dez. 2018.

COFEN, Conselho Federal De Enfermagem. Resolução n. 564 de 06 de novembro de 2017. **Dispõe sobre a aprovação da reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**, Brasília, 2017.

COSTA, S. H. B. **Trabalho Prescrito e Trabalho Real**. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho. Curitiba: Juruá, 2013, p. 467-472.

CRESWELL, J. W. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Londres: Sage Publications, 2002, 246 p.

CRU, D. **Le risque et la règle : le cas du bâtiment et des travaux publics**. Toulouse: Érès, 2014. 224 p.

CRUZ, S. P.; ABELLAN, M. V. Desgaste profissional, estresse e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]**. Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000300543&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 1 abr 2019.

CUNHA, L. S.; SOUZA, N. V. D. O.; GONÇALVES, F. G. A.; SANTOS, D. M.; RIBEIRO, L. V.; PIRES, A. S. O trabalho hospital de enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar. **Rev Enferm UERJ [Internet]**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18835>. Acesso em: 9 mar 2019.

DAL BEN, L. W.; CARVALHO, M. B.; SOUZA, T. M.; FELLI, V. E. A. A percepção da relação sofrimento/prazer no trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem em interação domiciliar. **Cogitare enferm**, 2004. Disponível em: <https://ojs.c3sl.ufpr.br/cogitare/article/view/1718/1426> Acessado em 28 jan 2018.

DAL PRÁ, K. R. **O direito à saúde a população trabalhadora: um estudo na linha das Fronteiras do Brasil com os países do MERCOSUL**. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, 2009.

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L.; BARLEM, E. D.; SILVEIRA, R. S. Sufrimiento moral y síndrome de burnout: ¿Están relacionados esos dos fenómenos en los trabajadores de enfermería? **Revista Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, 2014, p. 22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00035.pdf. Acessado em 20 ago 2017.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata; USSR. *In*: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Ministério da Saúde, Brasília, 2001, p.15.

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

DEJOURS, C. **Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). Christophe Dejours: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, C. **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). Christophe Dejours Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília. Paralelo 15, v. 5, 2011a.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade**. *In*: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. (Orgs.). Diálogos em psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2008.

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

DEJOURS, C. Trabalhar não é derrogar. Laboreal: Uma plataforma virtual sobre El trabajo real. **Rev. Laboreal**. v. 6. n.1, p. 76 - 80, 2011b.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, v. 2, 2012.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. *In* DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.), Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo, Atlas, p. 119-145, 2007.

DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P. Work in hospital emergency: suffering and defensive nursing care strategies. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100444&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 03 set 2018.

DURKHEIM E. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Coleção Tópicos. Martins Fontes; 2008, 384 p.

EBERHARDT, L. D.; MIRANDA, A. C. S. Trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 299-312, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000600299&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 17 abr 2019.

FACAS, P. F. **Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho – Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho**. 193 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Universidade de Brasília – Brasília, 2013.

FEITOSA, L. C. **O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-FRONTIERS) no Contexto das Políticas de Integração Sul-americanas**. In: XV Encontro de Geógrafos da América Latina (XV EGAL). Havana. Por una América Latina unida y sostenible, 2015.

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1137-1150, 2015. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01137.pdf>. Disponível em: 17 mar 2019.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira**. Brasília: Ler, Pensar e Agir (LPA). 2003.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí**. 101f. Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012.

FLAMIA, C. M. M. N. M. **O acesso de estrangeiros ao SUS**. 77f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Programa e Pós Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços Corumbá, 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCHER, M. **Obsessão por fronteiras**. São Paulo: Radical Livros, 2009.

FRANÇOIS, H. **Memória de Ulisses: narrativas sobre a fronteira na Grécia antiga**. Ed. UFMS, Belo Horizonte, cap. 3, 2004.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 out 2018.

GARANHANI, M. L.; MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. DO C. C.; GOTELIPE, I. C. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **Rev. eletrônica saúde mental álcool drog**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, 2008. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200007. Acesso em: 14 out 2018.

GARCIA, A. B.; DALLAROZA, M. S. G.; HADDAD, M. C. L.; PACHEMSHY, L. R. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]**. Porto Alegre, v. 33, n. 2, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200022. Acesso em: 14 out 2017.

GIOVANELLA, L. **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro, ENSP; Fiocruz, 2007.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, M. L. C. Estratégias defensivas de equipe de saúde da família ao sofrimento no trabalho. **Cogitare Enfermagem (UFPR)**. Curitiba, v. 23, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49847/pdf>. Acesso em: 12 mar 2019

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; HOFFMANN, D. A. Autonomia e Criatividade no trabalho de equipes de saúde da família no sul do Brasil. **Trabalho (En)Cena**. Palmas, v. 2, p. 40-49, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/169618>. Acesso em: 18 mar 2018.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; PAI, D. D.; TAVARES, J. P.; HOFFMAN, D. A. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v38n4/1983-1447-rge-38-04-e2017-0098.pdf>. Acesso em: 16 mar 2018.

GOMES, L.; MASSON, L. P.; BRITO, J. C. DE; ATHAYDE, M. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em UTIN. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, p. 137-156, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 mar 2019.

GOMES, M. F. P.; MENDES, E. S.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, v. 14, n. 49, p. 27-33, 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3695/pdf. Acesso em 23 abr 2018.

GOTTMAN, J. A evolução do conceito de território. Campinas, **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 2, n. 3, 2012.

GRANADA, D.; CARRENO, I. ; RAMOS, N.; RAMOS, M. C P. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface (Botucatu. Online)**. Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 abr 2019

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010185.pdf>. Acesso em: 15 jul 2018.

GUI, R. T. Prazer e Sofrimento no Trabalho: Representações Sociais de Profissionais de Recursos Humanos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n.4, p. 86-93, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000400011. Acesso em: 15 jul 2018

HANNERZ, U. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. **Mana**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 7-39, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131997000100001. Acesso em : 22 jun 2018.

HANZELMANN, R.; PASSOS, J. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300020. Acesso em: 14 jul 2018.

HELOANI, R. Assédio moral: a dignidade violada. **Aletheia**. Canoas, n. 22, p. 101-108, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942005000200010. Acesso em: 09 fev 2019.

HELOANI, R. Assédio moral: um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. **RAE-eletrônica**. São Paulo, v. 3, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v3n1/v3n1a12.pdf> Acesso em: 1 jan 2018.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.57, n. 6, p. 733-7, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600021&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 02 fev 2019.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

HIRIGOYEN, M. F. Mal-estar no trabalho: Redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro. **Bertrand Brasil**. 5 ed. 2010.

HÜBNER, F. P.; COLOMÉ BECK, C. L.; VIERO, V.; NUNES, S. F. M.; LEHNHARD, M. K. Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem [on line]**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-3050014.pdf. Acesso em: 11 jan 2019.

JACOBY, A. R. Assédio Moral: uma guerra invisível no contexto empresarial. Revista **Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 9, n. 2, 2009.

JEONG, D. J. Y; KURGANT, P. F. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção dos enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n.4, p. 655-61, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 19 dez 2018.

KAMIKAWA, G. K.; MOTTA, I. D. Direito à saúde e estudo da política pública do Programa “Mais Médicos”. **Revista Jurídica Cesumar**. Maringá, v. 14, n. 2, p. 341-367, 2014.

KERGOAT, D. **Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo**. In: HIRATA, H.; LABORIE, F.; LE DOARÉ, H. SENOTIER, D. (org.). Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: Editora UNESP, 2009, p. 67-75.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúch. Enferm**, p.49-55, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007. Acesso em: 17 mar 2019.

KLETEMBERG, D. F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná Curitiba. Curitiba, 2004.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. D.; MANTOVANI, M. F.; PADILHA, M. I. A. L. N.; ANDERS, J. C. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100005. Acesso em: 10 fev 2019.

KOLHS, M.; OLSCHOWSKY, A.; BARRETA, N. L.; SCHIMERFENING, J.; VARGAS, R. P.; BUSNELLO, G. F. Nursing in urgency and emergency: between the pleasure and suffering. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. São Paulo, v. 9, n. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5427>. Acesso em: 01 mar 2019.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade. **Cad. Psicol. Soc. Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 77-88, 2011.

LEITE, A. I. T.; CLAUDINO, H. G. SANTOS, E. R. A importância de Ser Ético: da teoria á prática de Enfermagem. **Cogitare de Enfermagem**. João Pessoa, v. 1, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14142/9520>. Acessado em: 21 abr 2019.

LEITE A. R.; PONTES, A. G. V.; SILVA, R. A. R., SARAIVA, A. K. M. LEITE, A. C. Q. B. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico na enfermagem em unidades de pronto atendimento. **Rev.enferm UFPE online**. Recife, v. 8, n. 4, 2014.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9760/9885>.

Acesso em: 1 abr 2019.

LEITE, A. I. T. **Assédio Moral no âmbito hospitalar: estudo com profissionais de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 283-304, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100283&lng=en&nrm=iso)

[77462018000100283&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100283&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 fev 2019.

LIMA, S. C. C. **Coletivo de trabalho e reconhecimento: uma análise psicodinâmica dos cuidadores sociais**. 2011. 220 f. Tese(Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações)—Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

LIMA, T. C. B.; PAIVA, L. E. B.; ADERALDO NETO, E. O.; AQUINO, J. P. C.

Percepção de sucesso na carreira: semelhanças e diferenças entre profissionais do setor público. **ReCaPe - Rev Carreiras Pessoas [Internet]**. São Paulo, v. 5, n. 1, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ReCaPe/article/view/23317>. Acesso em: 1 abr 2019.

Acesso em: 1 abr 2019.

LOPES, A. S.; VILAR, R. L. A.; MELO, R. H. V.; FRANÇA, R. C. S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, p. 114-123, 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100114&script=sci_abstract&tlng=pt)

[11042015000100114&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100114&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado em: 5 mar 2019.

LUA, I.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; SOARES, J. F. S.; SANTOS, K, O. B..

Autoevaluación negativa de la salud en trabajadoras de enfermería de la atención básica. **Trab. educ. saúde [online]**. Rio de Janeiro, vol.16, n.3. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-1301.pdf>. Acesso em:

<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-1301.pdf>. Acesso em:

12 mar 2019

LUCCA, S. R. Saúde, Saúde mental, Trabalho e subjetividade. **Revista Laborativa**.

v. 6, p. 147-159, 2017. Disponível em:

<http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/1626>. Acesso em: 2 set 2018.

MACHADO, A. G.; MERLO, A. R. C. Cuidadores: seus amores e suas dores.

Psicologia &Saúde. Florianópolis, v.20, n.3, p. 444-452, 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000300015&script=sci_abstract&tlng=pt)

[71822008000300015&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000300015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 set 2018.

MACHADO, L. M. **Estado, Territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana**. In: Maria Laura Silveira. (Org.). Continente em chamadas.

Globalização e território na América Latina. *Civilização Brasileira*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 243-284, 2005.

MACHADO, L. S. F.; RODRIGUES, E. P.; OLIVEIRA, L. M. M.; LAUDANO, R. C. S.; SOBRINHO, C. L. N. Health problems reported by nursing workers in a public hospital of Bahia. **Rev Bras Enferm [Internet]**. Brasília, v. 64, n. 5, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500684. Acesso em: 19 dez 2018.

MAISSIAT, G. S.; LAUTERT, L.; DAL PAI, D.; TAVARES, J. P. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 36, p. 42-49, 2015.

MARTINS, A. B.; SELOW, M. L. C. Uma reflexão crítica sobre as dificuldades do enfermeiro recém-formado no exercício da liderança. **Vitrine de Produção Acadêmica**, v. 3, p. 149-162, 2015.

MARTINS, S. R. **A escuta do sofrimento na clínica do trabalho**. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá, p.93- 112, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm**. Florianópolis, v.15, n.3, 2006.

MENDES, A. M. **Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho**. In: MENDES, A. M. (Org). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 65-87, 2007.

MENDES, A. M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília. Brasília. 1999.

MENDES, A. M.; FREITAS, L. G.; AUGUSTO, M. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. Belo Horizonte. **Psicologia em Revista**. v. 20, p. 33-55, 2014.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. **Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho**. In: MENDES, A. M., MERLO, A. R. C., MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. (Orgs.) *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá. 2010, p. 29-52.

MENDES, R. N. S. **Humanização e acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde**. 2010. 40 f. Monografia (Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MERLO, A. C.; TRAESEL, E. S.; BAIERLE, T. C. Trabalho imaterial e contemporaneidade: um estudo na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro,, v.63, p. 101-104, 2011.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000300010. Acesso em: 2 set 2018.

MERLO, Á. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25746>. Acesso em: 31 jan. 2018.

MICHELIN, S. R.; NITSCHKE, R. G.; MARTINI, J. G.; THOLL, A. D.; SOUZA, L. C. S. L.; HENCKEMAIER, L. (Re)conhecendo o cotidiano dos trabalhadores de um centro de saúde: um caminho para prevenção do burnout e a promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100305&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 abr 2019.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. Dissertação (mestrado). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L.; CUNHA, S. C. P. Prazer no Trabalho: O Lugar da Autonomia. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. São Paulo 2012.

MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L.; CUNHA, S. C. P. Prazer no trabalho: o lugar da autonomia. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 217-227, ago. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200007&lng=pt&nrm=iss. Acesso em: 16 abr 2019.

NASCIMENTO, R. V. C. **Trabalho precarizado e transtorno mental: a visão dos profissionais de um CAPS de Belém-PA**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Belém, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. 2015.

NASCIMENTO, V. A.; ANDRADE, S. M. O. As armas dos fracos: estratégias, táticas e repercussões identitárias na dinâmica do acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Horizontes Antropológicos**, 2018.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS Fronteiras – Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**. Campinas, SP, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903>. Acesso em: 02 dez 2017.

NOGUEIRA, V. M. R.; GIMÉNEZ, R. P. **A política nacional de saúde para as regiões fronteiriças – inovações e limites**. 2010. In: XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília, Anais[...] XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/12381075-Palavras-chave-sis->

fronteiras-pactos-pela-saude-fronteiras-sistemas-municipais-de-saude.html. Acesso em: 5 ago. 2017.

NUNES, C. M.; TRONCHIN, D. M. R.; MALLEIRO, M. M.; KURCGANT, P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v.12, n.2, p.252-7, 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a04.htm. Acesso em: 10 abr 2018.

OLIVEIRA, A. T. R. Nova Lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 171-179, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982017000100171. Acesso em: 09 dez 2018.

OLIVEIRA, E. B. **As representações sociais do ruído pelos trabalhadores de enfermagem de um centro de terapia intensiva: a organização do trabalho.** 178 p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, J. N; MENDES, A. M. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas utilizadas por desempregados: contribuições da psicodinâmica do trabalho. **Temas psicol. [Internet]**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000200011. Acesso em: 10 nov 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OPAS/OMS, 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946.** Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 18 maio 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Sensibilizando sobre o assédio psicológico no trabalho.** Série Proteção da Saúde dos Trabalhadores. Genebra; 2004.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342006000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 abr 2019

PEREIRA, A. M. M.; CASTRO, A. L. B.; MALAGÓN, O. R. A.; BARBOSA, L. G.; GERASSI, C. D.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042012000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 jan 2019.

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800013. Acesso em: 22 fev 2019.

PRATA, L. A. P. **Um Novo Locus de Formação das Políticas Públicas de Saúde: o diagnóstico da saúde pela política judiciária do Conselho Nacional de Justiça**. In: O Direito e as políticas públicas no Brasil: SMANIO, G. P.; BERTOLIN, P. T. M. São Paulo. Atlas. 2013.

PRESTES, F. C.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; TAVARES, J. P; CAMPONOGARA, S.; BURG, G. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400018. Acesso em: 14 ago 2018.

RAFFESTIN, C. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993. 266 p.

RAMOS, N. **Migrações e alteridade: desafios para a saúde coletiva**. In: TEIXEIRA, L. R. S. (Org.). *Psicanálise, saberes e práticas em saúde*. Curitiba: CRV; 2015, p. 271-300.

REIS, A. S. C.; COSTA, M. A. M. Cuidar de Imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. **Rev. Enf. Ref**. Coimbra , v. 4, n. 2, p. 61-69, 2014. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200007&lng=pt&nrm=iso Acesso em 16 abr 2019.

SABOURIN, E. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 23, n. 66, p. 131-208, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092008000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 abr 2019.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspect**. São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100003. Acesso em: 19 jan 2018.

SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; SILVA, D. C.; SILVA, R. M.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev. Enferm Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100014. Acesso em 18 fev 2019.

SANTOS, R. M. M. COUTO, T. A.; YARID, S. D. Aspectos éticos e bioéticos encontrados na Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde. Com.**, v. 14, p. 1163-1172, 2018. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/index>. Acesso em 21 jan 2019.

SAQUET, M. A. **O território: diferentes interpretações na literatura italiana.** In: RIBAS, A. D.; SPOSITO E. S.; SAQUET, M. A. (orgs.) Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004. p.121-147.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana: O desenvolvimento econômico na Colônia Silveira Martins (RS).** Porto Alegre: Edições EST, 2003.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo, Cortez, 2011.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev Esc Enferm USP.** Ribeirão Preto, v.36, n. 1, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out 2019.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital - escola. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342002000200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 mai 2018.

SILVA, B. A.; MARQUES, I. B.; BRASIL, R. P. O.; CARDOSO, A. F. R.; PINTO, M. N. F. B.; SOUZA, M. M. T. O trabalho da enfermagem no âmbito do SUS - estudo reflexivo. **Revista Fluminense de Extensão Universitária.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/914>. Acesso em: 15 out 2019.

SILVA, L. P. B.; MACHADO, L. O.; RIBEIRO, L. P. **Fronteira Brasil-Bolívia: Interações e características do espaço fronteiriço.** In: 12º Encuentro de geógrafos de América Latina, 2009, Montevideu. Anais [...]12º Encuentro de geógrafos de América Latina. 2009.

SILVA, R. G. M.; POSSAS, C. R. S. S.; BARBOSA, M. R.; ARAUJO, H. F.; SANTOS, M. S. C. Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 2, 2016. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5219>. Acesso em: 16 nov 2019.

SILVA, R. H.; CHAVES, V. J. Migração e escravidão no Brasil: uma análise acerca da Lei n. 13.445/2017. **Rev. do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho**, v. 3, p. 83-103, 2018.

SILVA, R. V.; FERREIRA, S. M. P. A Identidade Fronteiriça Brasil-Bolívia: um estudo sobre Linguagem na Literatura de Fronteira. Diamantina. **Rev. Mult. Acad.Vozes dos Vales**, v. 02, p. 01-15, 2013. Disponível em:

<http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/A-Identidade-Fronteiri%C3%A7a-Brasil-Bol%C3%ADvia-um-estudo-sobre-Linguagem-na-Literatura-de-Fronteira-Brasil.pdf>. Acesso em: 30 set 2018.

SILVA, S. A. G. J. **Desafios e dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.

SOBOLL, L. A P.; GOSDAL, T. C. **Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar**. São Paulo: LTr. 2009.

SOBOLL, L. A. P. **Assédio Moral no Trabalho**. In: BENDASSOLLI, P. F.; ANDRADE, J. E. B. (Orgs). Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2014.

SOBOLL, L. A. P. **Assédio Moral Organizacional: uma análise da organização do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 374 p.

SOUZA, F. M. S. **Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde de trabalhadores de enfermagem**. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.

SOUZA, N. V. D. DE O.; LISBOA, M. T. L. Os múltiplos e contraditórios sentidos do trabalho para as enfermeiras: repercussões da organização e do processo laboral. **Ciênc. cuid. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 326-334, 2006. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5035/3255>. Acesso em: 12 mai.2018.

SOUZA, N. V. D. O.; CORREIA, L. M.; CUNHA, L. DOS S.; ECCARD, J.; PATRÍCIO, R. A.; ANTUNES, T. C. S. O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 250-257, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100035. Acesso em: 1 mar 2019.

STRADA, C. F. O. **Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um Município de Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina): uma análise da política**. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento- PPGPPD) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana. 2018.

TAVARES, J. P.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; BEUTER, M.; PRESTES, F. C.; ROCHA, L. Prazer e Sofrimento de trabalhadoras de Enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 ago 18.

TENANI, M. N. F.; VANNUCHI, M. T. O.; HADDAD, M. C. L.; MATSUDA, L. M.; PISSINATI, P. S. C. Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém admitidos em hospital público. **REME Rev. Min Enfermagem**. Belo Horizonte, v.18, n.3, p. 585-591, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/948>. Acesso em: 19 abr 2019

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Revista Brasileira Saúde ocupacional**. São Paulo, v.36, n.123, p.40-55, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0303-76572011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 set 2018.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf. Acesso em 14 abr 2019.

VALCARENGHI, R. V.; LOURENCO, L. F. L.; SIEWERT, J. S.; ALVAREZ, A. M. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition and aging. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 68, n. 4, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000400705&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 14 abr 2019.

VEDOVATO, L. R. **O direito de ingresso do estrangeiro: a circulação das pessoas pelo mundo do cenário globalizado**. São Paulo. Atlas. 2013. 211 p.

VENTURA, C. A. A.; MELLO, D. F.; ANDRADE, R. D.; MENDES, I. A. C. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)**. Brasília, v. 65, p. 893, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600002. Acesso em: 1 fev 2019.

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 12n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13239>. Acesso em: 17 abr 2019.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

ANEXO 1 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO (PROART)

Essa pesquisa tem por objetivo coletar informações sobre as dimensões do trabalho que constituem fatores de riscos psicossociais no trabalho e está sob a responsabilidade técnico-científica.

Não existem respostas certas ou erradas - responda de acordo com a avaliação que você faz referente ao seu trabalho. As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por seus colegas. É um questionário adaptado de três instrumentos e algumas questões abertas. Ao responder o questionário, fique atento para as instruções de respostas.

Sua participação é fundamental

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	1	2	3	4	5
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
Há clareza na definição das tarefas	1	2	3	4	5
Há justiça na distribuição das tarefas	1	2	3	4	5
Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada	1	2	3	4	5
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor	1	2	3	4	5
Há qualidade na comunicação entre os funcionários	1	2	3	4	5
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras	1	2	3	4	5
O ritmo de trabalho é adequado	1	2	3	4	5
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis	1	2	3	4	5
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção	1	2	3	4	5
Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si	1	2	3	4	5
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas	1	2	3	4	5
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz sobre a forma de gestão utilizada na sua organização.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis	1	2	3	4	5
Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Nesta organização os gestores se consideram o centro do mundo	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a atenção	1	2	3	4	5
É creditada grande importância para as regras nesta organização	1	2	3	4	5
A hierarquia é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5
Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	1	2	3	4	5
Há forte controle do trabalho	1	2	3	4	5
O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	1	2	3	4	5
Existe rigoroso planejamento das ações	1	2	3	4	5
Os gestores são intolerantes com o individualismo	1	2	3	4	5
As pessoas são comprometidos com a organização mesmo quando não há retorno adequado	1	2	3	4	5
O mérito das conquistas na empresa é de todos	1	2	3	4	5
O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores	1	2	3	4	5
Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	1	2	3	4	5
As decisões nesta organização são tomadas em grupo	1	2	3	4	5
Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios	1	2	3	4	5
Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas.	1	2	3	4	5
A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão	1	2	3	4	5
Existe oportunidades semelhante de ascensão para todas as pessoas	1	2	3	4	5
Os gestores se preocupam com o bem estar dos trabalhadores	1	2	3	4	5
A inovação é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das suas vivências em relação ao seu trabalho atual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Meu trabalho é desvalorizado pela organização	1	2	3	4	5
Sinto-me inútil em meu trabalho	1	2	3	4	5
Considero minhas tarefas insignificantes	1	2	3	4	5
Sinto-me improdutivo no meu trabalho	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

A identificação com minhas tarefas é inexistente	1	2	3	4	5
Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	1	2	3	4	5
Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5
Meu trabalho é sem sentido	1	2	3	4	5
Minhas tarefas são banais	1	2	3	4	5
Meu trabalho é cansativo	1	2	3	4	5
Meu trabalho é desgastante	1	2	3	4	5
Meu trabalho me frustra	1	2	3	4	5
Meu trabalho me sobrecarrega	1	2	3	4	5
Meu trabalho me desanima	1	2	3	4	5
Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta	1	2	3	4	5
Meu trabalho me faz sofrer	1	2	3	4	5
A submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta	1	2	3	4	5
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado trabalho	1	2	3	4	5
Meu trabalho me causa insatisfação	1	2	3	4	5
Meus colegas desvalorizam meu trabalho	1	2	3	4	5
Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	1	2	3	4	5
Meus colegas são indiferentes comigo	1	2	3	4	5
Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	1	2	3	4	5
Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	1	2	3	4	5
É difícil a convivência com meus colegas	1	2	3	4	5
O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	1	2	3	4	5
Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	1	2	3	4	5
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	1	2	3	4	5

Os itens, a seguir, tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos seis meses.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Amargura	1	2	3	4	5
Sensação de vazio	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Mau-Humor	1	2	3	4	5
Vontade de Desistir de Tudo	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Perda da auto-confiança	1	2	3	4	5
Solidão	1	2	3	4	5
Insensibilidade em relação aos colegas	1	2	3	4	5
Dificuldades nas relações fora do trabalho	1	2	3	4	5
Vontade de ficar sozinho	1	2	3	4	5
Conflitos nas relações familiares	1	2	3	4	5
Agressividade com os outros	1	2	3	4	5
Dificuldade com os amigos	1	2	3	4	5
Impaciência com as pessoas em geral	1	2	3	4	5
Dores no corpo	1	2	3	4	5
Dores no braço	1	2	3	4	5
Dor de cabeça	1	2	3	4	5
Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
Dores nas costas	1	2	3	4	5
Alterações no sono	1	2	3	4	5
Dores nas pernas	1	2	3	4	5
Distúrbios Circulatórios	1	2	3	4	5
Alterações no apetite	1	2	3	4	5

Deseja fazer algum comentário sobre os itens respondidos? _____

Quais são as principais dificuldades que você enfrenta em seu trabalho?

Como faz para lidar com essas dificuldades?

Para finalizar, preencha os seguintes dados complementares:

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade

- () Até Ensino Médio
- () Superior Incompleto
- () Superior Completo
- () Pós-Graduação

Estado Civil

- () Solteiro
- () Casado/União Estável
- () Divorciado/Separado
- () Viúvo

Cargo Atual

Lotação

Tempo de Serviço na Instituição

_____ ano(s) e _____ mês(es)

Tempo de Serviço no Cargo Atual

_____ ano(s) e _____ mês(es)

Tipo de Contrato de Trabalho

- () Efetivo - CLT
- () Efetivo - Concursado
- () Terceirizado
- () Estagiário
- () Outro: _____

Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano

- () Nenhum
- () 1 ou 2
- () 3 ou mais

Obrigado Pela sua Participação!



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

ANEXO 2 - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

TÍTULO DA PESQUISA: VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA

Vivências Relacionadas ao Trabalho

- 1) Porque você escolheu ser enfermeira?
- 2) Com quantos anos você começou a trabalhar como enfermeira?
- 3) Você se considera enfermeiro assistencial ou administrativo?
- 4) Quais são as atividades que você mais gosta? E as que menos gosta mais desgasta?
- 5) Como você se sente em relação ao que você faz diariamente?
- 6) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?
- 7) Qual é seu vínculo contratual com a prefeitura?
- 9) Você tem outro vínculo além deste trabalho?
- 10) Você já teve algum problema de saúde relacionado ao trabalho? Se afastou por conta dele?
- 11) Você já teve algum problema emocional ou psicológico que se relaciona trabalho?
- 12) Você faz uso de algum tipo de medicamento?
- 13) No seu tempo de folga, o que você costuma fazer? Quanto tempo de folga você tem diariamente/semanalmente?

Vivências Relacionadas ao Atendimento

- 14) Quantas pessoas você atende diariamente?
- 15) A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) a qual você trabalha, recebe estrangeiro?

Se sim:

- 15.1) Você atende bolivianos com que frequência? E estrangeiros no geral?
- 15.2) Qual tipo de agravo mais frequente eles apresentam?
- 16) Qual o impacto ao seu trabalho e as dificuldades que você sente ao atendê-lo?
- 17) Qual a sua percepção acerca da procura do boliviano pelo SUS?
- 18) Como é o atendimento dado ao usuário boliviano? Você já precisou escolher atender ou brasileiros ou bolivianos?
- 19) Como se dá o acesso ao SUS? e o acolhimento dele ? como o boliviano interpreta o SUS?
- a) O que você faz para garantir que os princípios e diretrizes do SUS sejam cumpridos?
- 20) Este paciente reconhece o atendimento que lhe foi realizado?
- 21) Existem acordos de cooperação internacional (formais e informais) na área da saúde em vigência com o país vizinho ?
- a) Há necessidade de se melhorar os serviços/atendimentos de saúde em função da procura dos serviços por estrangeiros?
- b) Você conhece o SISFronteira? O que você pensa sobre ele?
- c) Você acha pertinente o retorno dessa política?
- d) Quando ele funcionou, você teve treinamento e/ou capacitação sobre seu funcionamento ? se sim, como foi? Se não, (explicar).
- e) O que te leva a pensar dessa forma?
- f) Você acredita que o SIS Fronteira fortalece e organiza a ESF?
- g) Se ele ainda estivesse em funcionamento, sua unidade teria capacidade para acolher a demanda?
- h) O que você pensa sobre isso diante das diretrizes do SUS?
- i) Quais as prioridades das secretaria municipal de saúde na atual gestão?
- 22) Existe algum critério pré definido para este atendimento?
- 23) Há algum protocolo e/ou política para ser seguido neste atendimento?

Vivências Relacionadas à Condição e à Organização de Trabalho

- 24) O seu trabalho lhe proporciona que aprenda coisas novas?
- 25) Você tem tempo suficiente para realizar suas atividades diárias?
- 26) Qual é sua jornada de trabalho semanal?
- 27) Você se considera capacitado para atender os bolivianos? E os brasileiros?

- 28) Você recebeu algum tipo de treinamento para realizar seu trabalho?
- 29) Você tem liberdade de pensamento e conduta nos seus atendimentos durante sua rotina de trabalho?
- 30) Com que frequência você trabalha com rotina exaustiva?
- 31) Você considera que existam insumos suficientes para executar sua assistência e oferecer os serviços disponíveis? Se não, como você se sente diante das condições de trabalho que estão disponíveis?
- 32) Você considera que é bem remunerada?

Relações Sociais

- 33) Como sua chefia lida com a procura dos bolivianos pelos atendimentos na rede do SUS da sua área?
- 34) Você cumpre alguma ordem de seus superiores, que fogem dos seus princípios éticos e morais diante da sua formação?
- 35) Você pensa que o Sistema Único de Saúde (SUS) é funcional no atendimento a população em geral? E aos bolivianos?
- 36) Como você se sente quando o boliviano procura atendimento na sua unidade?
- 37) Como é o atendimento ao boliviano?
- 38) O atendimento ao boliviano desenvolve sua inteligência, cognição e liberdade?
- 39) Você percebe que há alguma diferenciação no atendimento ao estrangeiro por parte da sua equipe de trabalho?
- a) como é o relacionamento da sua equipe com o paciente boliviano que procura atendimento na ESF?
- 40) Como a sua experiência enquanto líder de uma equipe multiprofissional influencia no atendimento a este cliente?
- 41) Como você lida com as dificuldades do dia a dia ?
- 42) Você já foi alvo de alguma situação constrangedora decorrente do atendimento ao boliviano ?
- 43) Em relação ao atendimento ao boliviano, você já percebeu algum tipo de violência contra ele ?
- 44) Com a demanda de atendimento ao boliviano, que repercussões você percebe diante do que é proposto a estratégia de saúde da família?
- 45) Qual é a sua renda?

46) Qual a sua cor?

47) Você têm filhos? Se sim, Quantos?

Obrigado por participar da pesquisa!



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ-MS

Prezado Srº Secretário Municipal de Saúde de Corumbá-MS,

Eu, Júlio Ricardo França, gostaria de contar com sua autorização para realizar uma pesquisa com as enfermeiras que trabalham nas Unidades Básica de Saúde da Família UBSF. Este estudo trata-se da Pesquisa de Dissertação de Mestrado "**Vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras na fronteira Brasil-Bolívia**" junto ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, *Campus* do Pantanal, sob a orientação da Profª Dra. Vanessa Catherina Neumann Figueiredo. O estudo será apresentado na forma de artigo, e poderá ser publicado em congressos científicos; e/ou publicados em periódicos. Para quaisquer informações ou dúvidas, é possível me contactar pelo telefone (67) 9 9220 1754 ou pelo e-mail enf.infecto.j@gmail.com.

Corumbá, 10 de julho de 2017.


Júlio Ricardo França
Enfermeira
COREN-MS 288.167



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Júlio Ricardo França, gostaria de contar com sua participação na Pesquisa de Dissertação de Mestrado "**Vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras na fronteira Brasil-Bolívia**" junto ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, *Campus* do Pantanal, sob a orientação da Prof^a Dra. Vanessa Catherina Neumann Figueiredo. Declaramos que os dados da pesquisa são sigilosos que sua identidade será preservada, não havendo qualquer identificação. A participação na pesquisa não prevê remuneração financeira, bem como não haverá despesas pessoais para o participante. A sua participação nessa pesquisa é voluntária e se constituirá em responder à um formulário de 7 páginas e participar de uma entrevista com 46 perguntas que terão suas respostas áudio-gravadas e transcrita na íntegra por mim e um formulário para levantamento da quantidade de atendimentos realizados nos últimos 6 meses entre brasileiros e bolivianos. As coletas de dados que consistem da aplicação dos 2 formulários e uma entrevista, terá duração máxima 120 minutos e serão realizadas em um único encontro que caberá à você escolher o local que lhe for mais seguro e confortável dentro da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que você trabalha. Quanto à gravação da voz na entrevista, também será realizada na UBSF que você trabalha, cabendo a você escolher o local que se sente mais seguro, com o mínimo de ruídos e que você se sinta a vontade para contribuir com esta pesquisa. Esta etapa não ultrapassará 60 minutos e os áudios gravados serão capturados com o gravador de voz digital que irá gravar toda entrevista. Os dados e instrumentos serão arquivados por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa e depois serão destruídos. O estudo será apresentado na forma de artigo, e poderá ser publicado em congressos científicos; e/ou publicados em periódicos. A pesquisa foi delineada de forma a oferecer risco mínimo de constrangimento frente às questões que serão feitas a respeito dos aspectos que geram satisfação e desgaste no seu trabalho, diante do qual você terá total liberdade de não responder a pergunta feita ou mesmo desistir da participação a qualquer momento, seja por quaisquer motivos. Caso seja detectado quaisquer sinais/sintomas de sofrimento psíquico, o participante será encaminhado para a clínica escola da UFMS-CPAN, para posterior acompanhamento. Como benefício, os resultados desta pesquisa serão importantes para a compreensão dos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente boliviano, bem como brasileiro, na cidade de Corumbá-MS. Para quaisquer informações ou dúvidas, é possível me contactar pelo telefone (67) 9 9220 1754 ou pelo e-mail enf.infecto.j@gmail.com. Em caso de denúncias e/ou reclamações referente aos aspectos éticos da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul UFMS, localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPP, Cidade Universitária, Campo Grande - MS, telefone (67) 3345-7186 e 3345-7147 ou via e-mail: bioetica@propp.ufms.br.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. E que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

_____ Data: _____
Assinatura do voluntário

_____ Data: _____
Assinatura do pesquisador



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

Apêndice 3- Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras na fronteira brasil-bolívia

Nome do Pesquisador: Júlio Ricardo França

Bases de dados a serem utilizados: Registro de atendimentos realizados à brasileiros e bolivianos

Como pesquisador qualificado comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Corumbá (MS) 10 / 07 / 17


Pesquisador Responsável
Júlio Ricardo França



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DO SOM DA VOZ (TCUSV)

Eu, _____(nome do servidor),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil), portador da Cédula de
Identidade RG nº _____, inscrito no CPF. sob nº _____, residente à Rua
_____, nº _____, na cidade de _____,

DECLARO ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo. Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento obtenham a gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional. Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma. A sua participação nessa pesquisa é voluntária e se constituirá em responder a uma entrevista com 46 perguntas que terão suas respostas áudio-gravadas e transcrita na íntegra por mim. Toda a etapa de gravação será realizada em um único encontro, que será realizado nas dependências da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que você trabalha, cabendo a você escolher o local que se sente mais seguro, com o mínimo de ruídos e que você se sinta a vontade para contribuir com esta pesquisa. Esta etapa não ultrapassará 60 minutos e os áudios gravados serão capturados com o gravador de voz digital que irá gravar toda entrevista. Os áudios e o roteiro serão arquivados por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa e depois serão destruídos. A pesquisa foi delineada de forma a oferecer risco mínimo de constrangimento frente às questões que serão feitas a respeito dos aspectos que geram satisfação e desgaste no seu trabalho, diante do qual você terá total liberdade de não responder a pergunta feita ou mesmo desistir da participação a qualquer momento, seja por quaisquer motivos. Caso seja detectado quaisquer sinais/sintomas de sofrimento psíquico, o participante será encaminhado para a clínica escola da UFMS-CPAN, para posterior acompanhamento. Como benefício, os resultados desta pesquisa serão importantes para a compreensão dos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente boliviano, bem como brasileiro, na cidade de Corumbá-MS. Para quaisquer informações ou dúvidas, é possível me contactar pelo telefone (67) 9 9220 1754 ou pelo e-mail enf.infecto.j@gmail.com. Em caso de denúncias e/ou reclamações referente aos aspectos éticos da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul UFMS, localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPP, Cidade Universitária, Campo Grande - MS, telefone (67) 3345-7186 e 3345-7147 ou via e-mail: bioetica@propp.ufms.br.

DECLARO que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. E que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Por esta ser a expressão da minha vontade, DECLARO que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha voz ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Corumbá, ____ de _____ de 2017

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS

Apêndice 5- ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

Eu, Júlio Ricardo França, autor da Pesquisa de Dissertação de Mestrado "**Vivências de prazer e sofrimento no trabalho das enfermeiras na fronteira Brasil-Bolívia**" " junto ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, *Campus* do Pantanal, sob a orientação da Prof^a Dra. Vanessa Catherina Neumann Figueiredo. Declaro que pesquisa será financiada pelo próprio autor e terá como despesa, apenas gastos de impressão em folha sulfite tamanho A4, preto e branco, frente e verso, gasto estimado em R\$ 300,00 (trezentos reais).

Júlio Ricardo França
Pesquisador



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA

Pesquisador: Julio Ricardo França

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73169717.4.0000.0021

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.355.461

Apresentação do Projeto:

Proposta de pesquisa que investiga os aspectos de sofrimento e prazer no trabalho de enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's), em Corumbá-MS. Parte-se da hipótese da existência de sobrecarga de trabalho no SUS, atribuída ao atendimento de bolivianos pela saúde pública da cidade. Diante disso, pretende-se analisar a relação entre a organização do trabalho e as relações profissionais como geradoras de desgaste e sofrimento psíquico. Para isso será aplicado o Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART) e entrevista, que contempla avaliação das vivências relacionadas ao trabalho, ao atendimento, as condições e organização de trabalho e as relações sociais, aplicados em 25 enfermeiras das UBSF's do município. Esta etapa dará forma ao levantamento dos registros da UBSF dos atendimentos realizados aos pacientes brasileiro e boliviano por essas enfermeiras.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho em enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família da fronteira Brasil-Bolívia, à luz da Psicodinâmica do Trabalho; Analisar aspectos da organização do trabalho e das relações profissionais, no que tange ao atendimento dos Bolivianos; Verificar a capacitação e treinamento dos profissionais, bem como conhecimento acerca do SIS-Fronteira e o objetivo e a pertinência desta política (já não existente); Comparar as vivências relatadas pelas enfermeiras que atuam nas diversas UBSF's estudadas.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.355.461

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão registrados em função do constrangimento ao serem questionadas sobre questões relativas à sua atuação no trabalho, mas, assegurada a possibilidade de desistir ou não responder a quaisquer perguntas feitas pelo entrevistador, caso se sintam envergonhadas, ou por quaisquer outros motivos, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo à elas. Em relação aos benefícios, a realizado um fórum de discussão com os profissionais da enfermagem, os gestores e os líderes das organizações de trabalho envolvidas, aberto ao público externo, constituído por um grupo de discussão para a minimização dos danos ocasionados pelo trabalho, de forma a motivar os profissionais que se envolverem na pesquisa e despertar interesse pela saúde mental do trabalhador, bem como fomentar o poder público à criar projetos voltados para essa temática na região de fronteira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada por meio da aplicação de um roteiro semi-estruturado com abordagem das vivências relacionadas ao trabalho; vivências relacionadas ao atendimento; vivências relacionadas à condição e à organização de trabalho e as relações sociais, este instrumento contempla 46 perguntas divididos nos seus 4 eixos, as respostas obtidas por esta etapa serão gravadas com um aparelho de gravador de voz. Levantar todos os atendimentos que as enfermeiras da UBSF's realizaram ao paciente brasileiro e boliviano e quantificar este atendimento. O outro instrumento compreende na aplicação do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART) que corresponde a um questionário composto de quatro instrumentos e três questões abertas. No primeiro questionário desta escala, será avaliado o contexto do trabalho, o segundo questionário consiste na avaliação da forma de gestão utilizada na organização do trabalho. O terceiro questionário abordará as vivências em relação ao trabalho atual e o quarto questionário avaliará os tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais causados pelo trabalho nos últimos seis meses. Estão apresentados critério de inclusão, ser enfermeira da UBSF de Corumbá, ter mais que 18 anos e, de exclusão, profissionais de enfermagem, que ocupem cargos de técnicos ou auxiliares de enfermagem, e enfermeiras que não sejam encontradas no momento da pesquisa, ou que estejam afastadas por capacitação ou licença. Vale ressaltar, que apresenta cronograma compatível com o desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contempla as informações necessárias para o esclarecimento dos participantes.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.355.461

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando as reformulações apresentadas na primeira versão, registramos o atendimento e, neste sentido, não há inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_918889.pdf	15/09/2017 20:29:34		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUSV.pdf	15/09/2017 20:28:34	Vanessa Catherina Neumann Figueiredo	Aceito
Brochura Pesquisa	resposta_pendencias_assinado.pdf	15/09/2017 20:26:28	Vanessa Catherina Neumann Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/09/2017 20:24:38	Vanessa Catherina Neumann Figueiredo	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/09/2017 20:23:50	Vanessa Catherina Neumann Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/09/2017 20:22:41	Vanessa Catherina Neumann Figueiredo	Aceito
Outros	resolucao_de_aprovacao_do_projeto.pdf	25/07/2017 23:51:14	Julio Ricardo França	Aceito
Outros	oficio_de_autorizacao_para_realizacao_da_pesquisa.pdf	25/07/2017 23:50:51	Julio Ricardo França	Aceito
Outros	Apendice_1_Termo_Secretaria_de_Sau de.pdf	25/07/2017 23:50:09	Julio Ricardo França	Aceito
Outros	Anexo_3_PROART.pdf	25/07/2017 23:47:34	Julio Ricardo França	Aceito
Outros	Anexo_2_Levantamento_da_quantidade_de_atendimento.pdf	25/07/2017 23:47:02	Julio Ricardo França	Aceito
Outros	Anexo_1_Roteiro_semi_estruturado.pdf	25/07/2017 23:46:37	Julio Ricardo França	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_plataforma_Brasil.pdf	25/07/2017 23:31:48	Julio Ricardo França	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.355.461

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 29 de Outubro de 2017

Assinado por:
SERGIO FELIX PINTO
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



ANEXO 4 - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA DO ANEXO 1

TÍTULO DA PESQUISA: VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA

Vivências Relacionadas ao Trabalho

1) **Porque você escolheu ser enfermeira?**

A.1 – “ Bom, eu me identifico com a profissão, gosto de trabalhar com a comunidade, de desenvolver assuntos de educação e saúde ne e ter esse vínculo com população, então eu me identifico muito com essa área. ”

A.2 – “Eu escolhi ser enfermeira porque eu tenho pessoas na família que já trabalhavam na área e pra mim sempre foi um trabalho que sempre achei muito bonito a dedicação que as minhas tias tinham como trabalho e eu fui conhecendo a profissão aos poucos por conviver com ela e por isso eu escolhi ser enfermeira. ”

A.3 – “Eu escolhi ser enfermeira porque tive uma história pessoal de vida com meu filho, que ele era extremamente doente e eu acreditei que pudesse ajudar também outras pessoas que precisassem de enfermeiro. ”

A.4 – “Foi uma opção, minha família, minha mãe já tinha feito enfermagem, mas nunca atuou, mas assim, eu fui descobrindo entre o primeiro grau, depois eu fiz um curso profissionalizante, um curso técnico de enfermagem, onde eu estudava tinha um incentivo que tinha que ter um curso técnico, ai eu decidi fazer enfermagem e fui gostando. ”

A.5 – “Por gostar de servir, servir o próximo. [...] Sempre quis. ”

A.6 – “Eu escolhi ser enfermeira porque na época fazia na verdade, meu primeiro objetivo era fazer odontologia, e eu não passei no vestibular sem ficar na reserva e ai meu pai, eu tentei, inclusive eu passei na particular mas por cálculos ne, dificuldade financeira não pude entrar, e ele me propôs fazer dentro da área um curso que fosse mais barato, que eu pudesse entrar na marinha, que era meu primeiro objetivo, eu não imaginei que ia passar no concurso tão rápido e que fosse

da área da saúde que eu tivesse um retorno logo de emprego, e aí o curso mais barato seria enfermagem na época, que hoje não é tão barato assim, na época também que eu fiz não era tão barato e aí eu entrei, mas não era meu sonho, entrei pra fazer enfermagem e gostei de cara.”

A.7 – “Minha primeira opção era medicina, depois passei pra enfermagem e gostei. ”

A.8 – “Ah, eu escolhi porque realmente eu gosto da profissão, eu gosto de cuidar e gosto de trabalhar junto com as pessoas. ”

A.9 – “Eu escolhi ser enfermeira foi há uns 14 anos mais ou menos, me identifiquei com a profissão, sempre gostei de lidar com as pessoas, é o cuidado, o cuidar, sempre gostei. Fiz vestibular, eu morava no Rio de Janeiro na época, fiz vestibular pra federal e Fluminense, passei e segui, gosto muito da área da saúde pública porque eu acho que é a base do ser humano, a qualidade de vida do ser humano, tá na prevenção, então eu tirei a graduação em 1988, vou fazer 30 anos de graduação em janeiro do ano que vem, então é aquela questão, e sempre me identifiquei com a saúde pública, é a questão do cuidar, questão da prevenção, questão do tratar e aquela questão de você estar sempre junto do próximo né, é isso que eu gosto na enfermagem, eu detesto papel, eu quero aquela atenção, aquele toque, aquele contato com a pessoa, eu vejo a enfermagem nisso, não que a gente não precise dessa documentação, até pra mostrar serviço, mostrar qualidade de atendimento, uma série de outras coisas, a valorização do profissional tem que ser mostrada, mas eu acho que a gente esquece também um pouco essa questão do toque, do contato próximo com a pessoa, eu gosto disso. [...] Escolhi bem mal. [...] Não, não, muito pelo contrário, foi uma coisa que eu vi, achei pesquisando aqui, pesquisando ali, aquela coisa toda e me identifiquei. ”

A.10 – “Isso é desde quando eu era criança, eu lembro que eu brincava de boneca, sempre queria fazer o papel de médica, de enfermeira entendeu, isso já veio desde pequenininha, quando eu era criança, entendeu, eu sou apaixonada por essa profissão entendeu. [...] Sempre eu quis fazer, não foi influência de ninguém. ”

A.11 – “Na verdade eu não escolhi né, eu tinha passado na faculdade de odonto, mas aí eu perdi a vaga porque eu não declarei interesse, aí eu fiz porque queria alguma coisa da área da saúde, falei que ia fazer 6 meses, até abrir turma pra odonto, mas aí eu acabei gostando e fiquei. ”

A.12 – “Acho que foi dom mesmo, desde pequena, vontade de cuidar das pessoas né, isso já é nato mesmo. ”

A.13 – “Eu fazia educação física, acabou a faculdade e eu tinha recém separado e uma amiga deu a ideia de prestar vestibular pra enfermagem, fui, fiz vestibular, ai na época eu havia sido classificada n diurno e não teria como eu ta fazendo no diurno, porque a faculdade era fora da minha cidade. Fui viajar, uma amiga conseguiu fazer a matricula depois, porque muitos desistiram e eu fui fazer a faculdade pra ocupar meu tempo e eu não imaginava na época que eu ia me apaixonar pela profissão. ”

A.14 – “Na verdade eu não escolhi, eu passei no vestibular pra fono mas não abriu turma, só que eu gostei do processo, gostei de tudo e continuei, mas não era minha opção, nem conhecia. [...] Sou muito realizada.

A. 15 – “No início eu queria ser nutricionista, ai aonde eu ia fazer faculdade não tinha nutrição, minha segunda opção era educadora física, ai na faculdade tinha enfermagem ai eu escolhi. ”

A. 16 – “Vontade de cuidar mesmo, uma profissão que me chamou atenção. ”

A.17 – “Na verdade eu fui super influenciada pelo ambiente que eu cresci, minha mãe sempre trabalhou no hospital, minha mãe também, então eu cresci no meio hospitalar. ”

A.18 – “Na verdade no início eu escolhi ser enfermeira porque eu não queria ser auxiliar de dentista eternamente. ”

A.19 – “Primeiramente eu escolhi porque eu cuidava da minha vó na adolescência, esse foi o motivo principal na escolha. ”

2) Com quantos anos você começou a trabalhar como enfermeira?

A.1 – “Com 22 (vinte e dois) anos”

A.2 – “Com 21 (vinte e um) anos. [...] Acho que tem uns 15 anos, 15 ou 16 anos já.”

A.3 – “Com 28 (vinte e oito) anos. ”

A.4 – “Com 24 (vinte e quatro) anos. ”

A.5 – “Com 19 (dezenove) anos. ”

A.6 – “Com 27 (vinte e sete) anos. ”

A.7 – “Com 22 (vinte e dois) ”

A.8 – “Bom, eu já tenho de formada 17 anos, mas trabalhar mesmo na saúde pública, eu só comecei a 5 anos atrás. ”

A.9 – “Eu comecei trabalhar com 23, parei, trabalhei 2/3 anos em Niterói mesmo, na central de humanização na prefeitura de Niterói, ai eu me casei, meu marido era

militar na época, nós fomos pra Brasília, trabalhei no Ministério da Saúde durante 2 anos e como ele viajava muito, a gente tem essa dificuldade ne, conseguir emprego fora, o militar, essa dificuldade pra quem acompanha, ai eu parei, vieram os filhos, tive que dar atenção aos meus filhos e voltamos pra cá, ele aposentou e eu voltei, quando ele aposentou eu falei: bom, agora é minha hora e eu voltei ao meu cargo de trabalho, eu cheguei aqui em 2005, setembro de 2005 e janeiro de 2006 eu já estava empregada, ai eu fui pra estratégia de saúde da família, até então eu não conhecia, porque eu formei em 88/89 vamos dizer, porque eu fiz pós graduação ne e não existia o programa de saúde da família, então era uma coisa nova pra mim, trabalhei no serviço burocrático, na área hospitalar, em tudo, então não conhecia o programa da família e era tudo que eu mais queria na vida, eu me identifiquei, fiquei 3 anos na unidade de saúde do cristo, ai eu fui transferida pra cá e aqui eu já estou a 8 anos, não me vejo trabalhando em uma outra situação, é identificação mesmo.”

A.10 – “16 anos, faz 16 anos que eu sou enfermeira. ”

A.11 – “23, como enfermeira. ”

A.12 – “Com 17 anos na área da saúde, mas como enfermeira, comecei como atendente, auxiliar, técnica, sempre trabalhei na área da saúde, como enfermeira eu tenho 20 anos. ”

A.13 – “Eu comecei a trabalhar com 40”

A.14 – “21 anos. ”

A. 15 – “26 anos. ”

A. 16 – “22 anos. ”

A.17 – “Com 24 anos. ”

A.18 – “Com 34 anos. ”

A.19 – “Com 23 anos. ”

3) Você se considera enfermeiro assistencial ou administrativo?

A.1 – “As duas coisas, eu tento dividir o meu tempo porque hoje a gente tem muitas funções burocráticas, mas a gente também tem eu dar atenção pra população. ”

A.2 – “Os dois (risos), a gente tem que fazer aqui na unidade de saúde, tem que fazer os dois né, então a gente divide o trabalho. ”

A.3 – “Assistencial. ”

A.4 – “Os dois, eu acho que a gente é um pouco assistencial, que a gente tem que fazer assistencial e administrativo porque você tem que coordenar o posto ne, então na verdade a gente mescla essas duas áreas. ”

A.5 – “Assistencial. ”

A.6 – “Administrativa. ”

A.7 – “Assistencial”

A.8 – “No momento mais administrativa. ”

A.9 – “Assistencial, com certeza. ”

A.10 – “Assistencial, eu não gosto de administrativa. ”

A.11 – “Administrativa. ”

A.12 – “Eu considero mais assistencial. ”

A.13 – “Hoje a gente ta mais administrativa. ”

A.14 – “Assistencial. ”

A. 15 – “Assistencial. ”

A. 16 – “Assistencial. ”

A.17 – “Assistencial. ”

A.18 – “Assistencial. ”

A.19 – “Um pouco assistencial, um pouco administrativa. ”

4) Quais são as atividades que você mais gosta? E as que menos gosta mais desgasta?

A.1 – “ Os dois, eu gosto de desenvolver os dois, só as vezes tem muitas coisas burocráticas que acaba tomando mais o nosso tempo. Hummm, talvez muita papelada. ”

A.2 – “Atender o paciente, assistencial é a que eu mais gosto, atividade assistencial. [...] Não, não desgasta, eu prefiro assistência mas eu também gosto de trabalhar com o papel ne, com parte burocrática, mas se eu tivesse que escolher só uma, seria assistencial. ”

A.3 – “Prevenção. [...] Burocrática, papel, formulário, abastecer dados no computador, mal você consegue olhar pro paciente. [...] Sim. ”

A.4 – “Assistência. [...] Administrativo. ”

A.5 – “Eu gosto mais do contato mesmo com o público, com o paciente, de estar junto, de orientar, as ações educativas e preventivas é a parte que eu mais gosto. [...] A burocracia, a parte burocrática me desgasta mais. ”

A.6 – “Eu gosto de atender paciente, eu gosto de fazer consulta ne e eu gosto de fazer mais isso, detesto fazer a parte administrativa, mas sou obrigada a fazer. [...] Muito, a parte de lidar com recursos humanos dentro da equipe, de coordenar equipe, é muito chato, desgastante. ”

A.7 – “Bom, a que eu mais gosto é trabalhar na área hospitalar. [...] Não, não interfere tanto. ”

A.8 – “O que eu mais gosto de fazer é a parte de assistência mesmo. [...] Sim, a parte burocrática, me desgasta mais. ”

A.9 – “Eu gosto do contato mesmo com o paciente, em tudo, é a conversa, é a visita, é a família, é conhecer quando ele supera as dificuldades dele, quando ele ta ruim a cama, quando ele levante. [...] Eu não conseguir fazer com que ele não atinja os objetivos deles. [...] Desgasta, porque eu dependo de outras situações, outras esferas de trabalho pra que eu chegue até isso. ”

A.10 – “Urgência e emergência, eu sou apaixonada por urgência e emergência, quando eu trabalhava lá em Cuiabá, eu trabalhava no CTI e hospital, hospitalar, eu fui trabalhar aqui, fui ter saúde da família aqui e eu não gosto, gosto de urgência e emergência, adoro pronto socorro. [...] Desgasta, desgasta, estressa, não sou chegada na saúde da família, mexe com muito papel, mexe com muita gente, agente que da dor de cabeça. ”

A.11 – “Na verdade eu tenho mais proximidade com os ACS, é um momento que eu mais consigo ser enfermeira, quando eu sento com eles pra discutir os casos, porque o resto do tempo é fechamento. [...] É, mentalmente ne. [...] Fazer fechamento ne, lidar com muitos números, lançar no sistema que é extremamente burocrático. ”

A.12 – “Assistencial, não gosto da parte administrativa. [...] Muito, muito, porque falta muito material pra gente, não tem suporte, não tem equipamento pra gente lidar, então é uma coisa que eles solicitam da gente, mas a gente não tem como respaldar eles do jeito que eles esperam da gente. ”

A.13 – “Eu gosto de conversar com as pessoas e poder, assim, não fazer atividade em grupo, no particular, que é quando eles se abrem ne, que é quando você pode ta oferecendo seus conhecimentos, as orientações de forma com que a pessoa

entenda melhor e ela se abra com você. [...] O que eu não gosto muito não é curativo, não sou fã de curativo. Não, também não gosto de vacina não, esse desgasta. ”

A.14 – “Eu gosto muito da área de urgência e emergência. [...] Da estratégia não, não é meu lugar, não é que eu não gostei, e que assim, eu não me sinto em casa. [...] Sim, o trabalho em equipe na tensão básica, você depende muito da boa vontade, não é como a gente lida com técnica, que você sabe fazer e tem que fazer daquele jeito.

A. 15 – “Atendimento em pronto socorro, urgência e emergência. [...] Ah, desgasta ne, desgasta. ”

A. 16 – “Educativas, atendimento com gestante, puericultura. [...] Desgasta. ”

A.17 – “Cuidados, eu gosto de cuidados, realizar curativo, cuidados com paciente, função venosa, passagem de dispositivos e cateteres. [...] Um pouco mais, que nem administrativa que me estressa um pouco mais, me deixa mais exausta. ”

A.18 – “Eu gosto do planejamento, de tudo. [...] Acho que não, o que desgasta mais é a parte de administração. ”

A.19 – “Educação e Saúde e lidar com grupos da unidade de saúde. [...] Plantões na madrugada, desgasta bastante. ”

5) Como você se sente em relação ao que você faz diariamente?

A.1 – “ Olha, me sinto satisfeita, apesar de as vezes a gente não concordar com algumas coisas, mas eu gosto muito da minha função. ”

A.2 – “Eu me sinto bem, eu acho que o trabalho que eu faço, eu, assim, não tenho crítica negativa, o que eu faço é as vezes, com resposta positiva ou negativa, eu faço dentro do que minha profissão atribui que eu faça, e eu gosto de fazer ne, então eu me sinto bem. ”

A.3 – “Em relação a informatização e abastecimento de dados, eu consigo reduzir muita quantidade de atenção que eu posso dar pro paciente, as vezes eu tenho que olhar mais pro computador pra digitar e não perder os dados que tem que ser lançados do que poder olhar olho no olho do paciente. ”

A.4 – “Em relação ao serviço do posto eu me sinto bem, porque eu to desenvolvendo a minha parte assistencial e com isso eu consigo resolver ne, dar um pouco de resolutividade pra população, mas administrativamente frustrante porque a

gente não ta conseguindo desenvolver de uma forma mais qualificada essas ações por conta da burocracia e da não incentivação pra gente trabalhar em melhores condições. ”

A.5 – “A enfermagem é um trabalho que eu gosto ne, a parte assistencial não me cansa, conversar com paciente, ta perto dele, orientar ele no que ele tiver precisando naquele momento, não é uma coisa que me desgasta não, é uma coisa que eu gosto de fazer, me realiza. ”

A.6 – “Eu acho que o meu trabalho, eu me sinto muito desvalorizada por tudo que eu faço, isso me desmotiva bastante embora eu goste muito de ser enfermeira, já me perguntaram porque que eu não faço medicina ali na Bolívia como tem um monte de colegas fazendo, não é o meu objetivo, não quero ser medica, quero ser enfermeira e ser valorizada como tal, mas o meu dia a dia me desgasta e me desmotiva pela falta de valorização por todos esses trabalhos que eu faço e eu não sou remunerada pra isso.”

A.7 – “Bom, quanto coordenação e ECF eu acha que era um pouquinho menos complicado do que realmente é, então é uma sobrecarga mais psicológica do que física. [...] É, porque você tem que lidar mais com relacionamento interpessoal. [...] Uhum.”

A.8 – “Acho que em relação a parte administrativa que as vezes ate pra casa a gente leva esse tipo de trabalho por conta da estrutura da unidade que não da apoio pra fazer esse tipo de trabalho, tipo um documento, um relatório, alguma coisa, isso é o que me deixa mais desgastada. ”

A.9 – “Eu me sinto bem, eu gosto, eu gosto, eu me sinto muito bem.”

A.10 – “Gosto e não gosto (risos) tipo assim, não tem outra opção, aqui em Corumbá não tem muita opção ne ou você vai pra estratégia de saúde da família ou não tem. [...] Então, prantao eu dou ne, mas assim, meu fixo mesmo é estratégia de saúde da família.”

A.11 – “Mecanizada. ”

A.12 – “Eu me sinto frustrada, por conta disso principalmente, porque é uma tarefa que a gente não consegue finalizar, é uma coisa que a gente não fica satisfeito, porque a gente faz um serviço e não finaliza ele, não consegue, as vezes você ate tenta, mas não consegue porque os meios que a gente tem, não ajuda. ”

A.13 – “Eu me sinto realizada. ”

A.14 – “Gestante, criança, eu me sinto bem, eu gosto de trabalhar, agora com aqueles programas de saúde mental eu já sou mais afastada, acho mais difícil. ”

A. 15 – “Me sinto realizada. ”

A. 16 – “Meu me sinto produtiva, eu gosto do que eu faço, acho que isso ajuda bastante. ”

A.17 – “Ah, eu gosto, é minha vida, eu gosto dessa adrenalina que meu trabalho me proporciona. ”

A.18 – “Ah, eu me sinto bem, me canso mas eu gosto. ”

A.19 – “Eu gosto muito de ser enfermeira, eu me sinto bem. ”

6) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?

A.1 – “Não, porque eu sou enfermeira coordenadora então tenho que buscar assistência tanto pro paciente quanto resolver problemas burocráticos. ”

A.2 – “No meu trabalho, nós temos umas atribuições já, pré estabelecidas no trabalho, tanto como enfermeira, como coordenadora, então eu posso escolher dependendo da prioridade, mas eu já tenho pre estabelecido todos os profissionais de saúde estabelecido o que deve fazer.”

A.3 – “Sim.”

A.4 – “Posso escolher, mas nem sempre tenho as condições necessárias.”

A.5 – “Não, hoje não, tenho que fazer tudo, eu sou desde a parte assistencial ate a parte burocrática, então hoje na tem assim, uma definição como é pra ser, como a gente ve bonitinho ne, o enfermeiro faz isso, o técnico faz aquilo, hoje não tem, não existe isso, eu tenho que fazer um pouco de tudo.”

A.6 – “Não”

A.7 – “As vezes sim, as vezes não.”

A.8 – “Não.”

A.9 – “Escolho, quando eu tenho suporte pra isso eu escolho, as vezes tem situações que eu não gosto de fazer, mas eu tenho que fazer, porque de certa forma o processo de trabalho depende daquilo, então tem determinados sapinhos que você tem que contornar pra você atingir os objetivos que você quer.”

A.10 – “Não, tenho que fazer de tudo, coordenadora faz de tudo, ate supervisionar quem ta batendo ponto você tem que supervisionar.”

A.11 – “Não, tem que seguir o que fazer, tenho que entregar o relatório no prazo, eu tenho que assinar as fichas, eu tenho que lançar no sistema, eu não tenho muita opção, eu posso escolher horário, se vou fazer de manhã ou a tarde, mas eu tenho que fazer.”

A.12 – “Escolher não, assim, a gente tem um cronograma ne, a gente trabalha com cronograma, mas não tem aquele negócio de escolher o que vai fazer, a gente faz o cronograma pra tentar trabalhar em cima daquele cronograma e assim, as ações e as atividades ne, mas normalmente a gente vai fazendo porque a gente tem uma sobrecarga de serviço que vai acumulando ne, sobrecarrega principalmente os administrativos, sobrecarrega a gente então não tem como você escolher, tem que fazer aquilo e pronto ne.”

A.13 – “Tirando a parte burocrática que é imposta, e é aquilo mesmo, a gente pode escolher.”

A.14 – “Posso. Não, eu tenho que administrar tudo porque além de enfermeira eu sou coordenadora, se acontece alguma coisa eu tenho que resolver, coisa que eu não gostaria, mas tenho que resolver.”

A. 15 – “Posso.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “As vezes.”

A.18 – “Trabalho mais com agenda,”

A.19 – “Eu tenho que fazer varias atividades, posso escolher, um dia faço uma programação, um dia faço outra.”

7) Qual é seu vínculo contratual com a prefeitura?

A.1 – “Concursada.”

A.2 – “Concursada.”

A.3 – “Concursada.”

A.4 – “Efetiva concursada.”

A.5 – “Estatutária. [...] Sim, eu faço a parte de, sou docente no Senac e atuo também como dola, faço parto e consultora do aleitamento materno, que é um trabalho que eu também gosto de fazer. [...] Esse trabalho veio quando eu comecei trabalhar na maternidade por 10 anos, como técnica de enfermagem, ai eu comecei me interessar pela parte do parte humanizado, a questão mesmo do aleitamento

materno, as vezes a gente acha que é uma coisa fácil pra mãe, então eu vi assim, que a parte de amamentar era mais difícil as vezes do que o parto em si, então assim, as dificuldades que era pra apresentar em relação aos cuidados com o RN, cuidados com o umbigo, ate questão de primeiros socorros mesmo ne, então a parte que eu comecei a gostar e fui buscar como eu poderia fazer esse trabalho, ai eu fiz dois cursos: consultora do aleitamento materno e doula pos parto, eu não fiz a dola em si por conta do tempo, não tenho tempo de fazer doulagem, acompanhar a mulher ali em todo o trabalho de parto, e a gente também tem a questão burocrática dentro hoje da nossa maternidade, a gente não tem assim, uma abertura para a doula, a gente não tem isso na nossa maternidade, então eu comecei a buscar e hoje eu atendo algumas mulheres que me procuram, meu serviço ele é pouco divulgado ainda, pro ano que vem eu pretendo divulgar melhor, dando curo pra gestantes ne, pro casal, pro casal gravido no caso ne, então eu trabalha mas e um trabalho ainda tímido mas eu pretendo por em pratica ano que vem.”

A.6 – “Efetiva.”

A.7 – “Efetiva”

A.8 – “É contrato por tempo temporário.”

A.9 – “Eu sou efetiva já, sou concursada.”

A.10 – “Concursada.”

A.11 – “Efetiva.”

A.12 – “Concursada.”

A.13 – “Concursada.”

A.14 – “Estatutária. [...] Concursada.”

A. 15 – “Concursada.”

A. 16 – “Concursada.”

A.17 – “Estatutária.”

A.18 – “Concursada.”

A.19 – “Efetivo concursada.”

9) Você tem outro vínculo além deste trabalho?

A.1 – “Não. Faço plantão pela prefeitura também, no pronto socorro, na upa fora do expediente e no PA (pronto atendimento) das 18 horas as 22 horas, a noite, de segunda a sexta, é por escala.”

A.2 – “Não, só prefeitura. [...] Aqui mesmo, mas assim, 1 vez por mês só, na prefeitura mesmo.”

A.3 – “Não, só a prefeitura. [...] Sim, pronto socorro e UPA. [...] Classificação de risco no pronto socorro e no UPA, por mês são 24 horas de cada um.”

A.4 – “Não.”

A.5 – “Sim.”

A.6 – “Não, no momento só a prefeitura. [...] Tô fazendo pronto atendimento que nesse mês eu tive, vou fazer só 2 plantões, e carga horária é de, entro 6h e saio as 22h, é bem leve, não faço pronto socorro e nem upa porque eu não gosto de emergência.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Não. [...] Então, mas só no pronto atendimento, pronto socorro e upa, não.”

A.9 – “Não. [...] Dou, atualmente eu faço, por condições financeiras salariais, a gente tem que pegar uns plantões pra completar. [...] Eu faço no pronto atendimento, em dois tipos de pronto atendimento, duas unidades de saúde.”

A.10 – “Não, só os prantos que eu dou ne, dou prantao no pronto socorro e na UPA.”

A.11 – “Não. [...] Faço plantão. [...] UPA.”

A.12 – “Não. [...] Sim, upa e pronto socorro.”

A.13 – “No pronto socorro, faço plantões noturnos e no SAMU.”

A.14 – “Não. Do planto da upa, no pronto socorro e pronto atendimento.”

A.16 – “Não. [...] Sim. [...] Pronto socorro, upa e pronto atendimento.”

A.17 – “Não, nenhuma. [...] Rede de Urgência e emergência.”

A.18 – “Tenho do hospital.”

A.19 – “Não.”

10) Você já teve algum problema de saúde relacionado ao trabalho? Se afastou por conta dele?

A.1 – “Relacionado ao trabalho diretamente não, mas agravamento sim, porque eu tenho tromboflebite e por eu ficar muito tempo sentada isso dificulta mais a pressão circulatória, dores, eu também tenho problema na coluna, então dependendo muito do meu dia a dia eu sinto dores né, mais frequente, outras vezes não. [...] deslocamento de vertebrae, escoliose, lordose, cifose, hiperlordose. [...] tomo e eu

tenho tromboflebite e refluxo de safena. [...] faço. [...] dependendo da dor sim, não que atrapalha, mas ai eu fico com dor, entendeu. [...] não, eu tento sempre conciliar, eu faço tratamento de hidroginástica né, a noite e faço as consultas com ortopedista, ai faço meus exames, tomo medicação, com meu vascular também, uso as meias todo dia pra vir trabalhar e mais a medicação.”

A.2 – “Eu não acho que esse da tireoide foi uma gripe que eu tive por excesso de trabalho a uns 7 anos atrás (risos), mas o medico falou pra mim que minha imunidade tava baixa ne, por isso e eu acabei tendo uma doença na tireoide ne, mas não sei, não foi comprovado nada disso. [...] Não, 3 dias, só porque tava doendo.”

A.3 – “Não.”

A.4 – “Sim, estresse. [...] Não.”

A.5 – “Não.”

A.6 – “Já. [...] Tentei e não consegui. [...] Problema de gestão, de perseguição, de ver uma situação que por lei eu sabia que não podia acontecer, mas que pela política foi imposta e ai eu questionei e por causa disso eu fui chamada pela representante da Secretaria Municipal de Saúde da época, inclusive essa pessoa gritou, bateu na mesa, estávamos eu e um outra colega que estava como mesmo problema, que também questionou a mesma situação, que porque, a verdade foi assim, tava em reforma a minha unidade e a dessa colega estava em construção e a gente foi nomeada a fiscal de obras e a gente não ficou sabendo, falaram depois pra gente que foi publicado no diário oficial e a gente não foi comunicada em nada e ai um belo dia, e eu só tinha as orientações que ia ter a reforma ne e eu falava o que precisava da unidade e um dia 4:40 da tarde chega uma pessoa responsável pela construção ne, um construtor com um bloco de notas fiscais pra eu assinar como fiscal de obra e eram notas que eu via na época, bem serio isso, mas, era assim, notas que eu não tinha certeza daquele valor, eu nunca tinha visto ate porque a minha unidade ainda não tava pronta, tinha muita coisa que tava faltando ainda e eu me recusei a assinar, e na época foi passado a orientação que se eu discordasse eu não precisava e que a minha coordenadora geral poderia assinar no meu lugar e ela resistiu, não assinou, jogou pra cima de mim e me obrigou a assinar, foi onde eu fui parar na sala da secretaria de saúde e aconteceu tudo isso, ainda sim por pressão eu assinei e no dia seguinte eu fui chamada na coordenação de novo pra cortar o meu salário por punição porque eu questionei e ser remanejada da unidade eu e minha colega e não deu em nada, acabou, so fiquei desmotivada, um ano e meio de

terapia e ai foi, por isso que eu queria entrar na marinha na época. [...] Não. [...] Por medo, na verdade eu não tentei, eu fiz várias consultas com a medica da minha equipe, ela registrou o tratamento psicológico que eu comecei fazer, mas eu fiquei com medo porque a gente vive sob pressão ne, por assedio moral e a gente fica amedrontada com o que pode acontecer, eu preciso do meu emprego, o que que eu vou fazer, então por medo eu nem tentei.”

A.7 – “Não, relacionado ao trabalho não.”

A.8 – “Bom, se for relacionado ao estresse diário, sim, já tive recentemente uma crise de labirintite. [...] Foi agora no inicio de novembro, meados de novembro, foi recente. [...] Não, não pude me afastar, eu tentei fazer o tratamento direitinho mas não tive acompanhamento com todos os profissionais que eu precisaria ter. [...] Por falta de tempo.”

A.9 – “Ultimamente sim, a questão, a gente mexe muito com o corpo e a mulher tem uma dificuldade com isso, eu atualmente eu desenvolvi tendinite de ombro, eu estou me reestabelecendo de uma questão de bursite no quadril e eu tenho enxaqueca, eu já to no climatério, então junta tudo, climatério, tpm e mais a atividade do trabalho, correria, cobrança, uma hora a gente explode fisicamente ne, e ai contorna melhor e vamos em frente (risos). [...] Não, mas eu diminui a minha jornada de trabalho, eu tive que diminuir.”

A.10 – “Não, sinto muita dor nas perna ne, esse negocio, porque eu tenho problema de circulação ne, então tipo assim, quando eu dou prantao essas coisas, fico muita cansada, muita dor nas perna, dor nas costa quando você da muito prantao ne, 12horas, 24. [...] Não, não.”

A.11 – “Dor nas costa e síndrome do túnel do carpo. [...] Sim. [...] Uma vez. [...] 30 dias. [...] Faço fisioterapia e tomo remédio controlado pra dor.”

A.12 – “Sim, eu acho que todos nos enfermeiros temos, eu no momento eu to tranquila, mas assim, já depressão, principalmente se fica muita ansiedade ne, por conta de muita perseguição, principalmente quando é temporada politica, porque tem muita jogada politica ne, e ai os políticos as vezes quer que a gente trabalha conforme os jeitos que eles querem ne e não é assim, não preferi ser enfermeira pra trabalhar aliada em politica, escolhi ser enfermeira pra trabalhar com quem precisa dos meus cuidados, então nesse sentido a gente sofre um pouco, ainda mais a gente que ta trabalhando concursada, mas vinculada com setor publico ne, publico quem incomoda são os políticos ne, então tem muito isso também ne, deles

quererem nos transformarem em políticos ne, mas eu não tenho nada contra os políticos, mas eu não gosto de me aliar e trabalhar da maneira que eles me submete.”

A.13 – “A gente tem ne, dor nas costas que aparece, graças a Deus nunca mais deu, dor no braço, eu tive queda de cabelo por estresse, ganho de peso por estresse e recentemente apareceu um tumor na mama que foi diagnosticado como câncer.”

A.14 – “To tendo agora, mas acho que é mais por causa do estresse e por causa da minha gestação. [...] Problema vascular, edema nos membros inferiores, antes da gestação tive que pegar atestado e 11 anos de profissão nunca precisei.”

A. 15 – “Sim. [...] Eu não afastei, mas quando eu voltei na medica, ela falou que era pra mim ter marado de trabalhar 2/3 dias.”

A. 16 – “Já tive acidente de trabalho. [...] Corte com bisturi na mão. [...] Precisei ficar 7 dias afastada.”

A.17 – “Não”

A.18 – “Acredito que as gripes que eu peguei. [...] Não”

A.19 – “Não.”

11) Você já teve algum problema emocional ou psicológico que se relaciona trabalho?

A.1 – “Não, nunca.”

A.2 – “Não, nunca tive.”

A.3 – “Não.”

A.4 – “Já. O estresse, a agressividade, o mau humor, fui ate pra terapia porque chegou uma hora que nem eu estava me suportando, então procurei ajuda.”

A.5 – “Sim. [...] Já tive desgaste em relacionamento na parte da docência, os alunos hoje são considerado clientes, eu vim de uma época que o professor ele era, era realmente o professor quem ditava as regras, então nesse novo modelo do aluno cliente eu tive bastante dificuldade, assim, do aluno impor o horário que ele quer chegar, do aluno impor como ele quer vestir pra ir pra um campo de estagio por exemplo, então foi uma coisa que me desgastou, porque eu vim de uma linha dura, de professores assim, que realmente gostavam de cumprir as regras, os protocolos, como que tem que ser, então houve um desgaste nesse sentido ai, foi no ano de 2016. [...] Eu ainda to começando ne, hoje tem 30 dias que estou aqui na unidade,

tem bastante desafios também, so que hoje eu já amadureci bastante a questão do emocional, depois desse problema que eu passei em 2016, na questão do trabalho, do relacionamento, hoje eu to mais amadurecida pra essa questão mesmo, do profissional, então hoje eu consigo assim, já estou trabalhando nesse sentido, levar mais pra parte profissional do que pro pessoal.”

A.6 – “Sim, por tudo isso. Estresse, a minha psicóloga na época falou que eu estava com esgotamento, estressada e depressiva ne.”

A.7 – “Tem mas nunca é diagnosticado. [...] Muitas vezes é, sobrecarga psicológica do trabalho. [...] Sobrecarga que a gente fala é intriga entregue a equipe, muitas vezes é solicitações pra ontem de serviço. [...] Geralmente a coordenação, mas muitas vezes eles nem, mais é em ralação a equipe mesmo.”

A.8 – “Não.”

A.9 – “Ainda não, eu passei por uma situação muito difícil na gestão antiga. [...] Foi uma situação de assedio mesmo, entendeu, foi com a própria secretaria de saúde, ela me chamou porque ela queria que eu assinasse determinados documentos, eu com relação a própria construção da unidade que eu acho que não é dever do enfermeiro, a gente acompanha, mas eu não tenho porque gastou tantos sacos de cimento, porque gastou tantas latas de tinta, porque gastou, eu acho que não é função minha e eu acho que por uma questão de mostrar quem manda usar um bode, como um bode expiatório, entendeu, e eu fui assediada mesmo, é questão de querer e serem a própria coordenação, a gerencia e a secretaria de querer que eu saísse da unidade, que iriam me trocar, só não me mandaram embora porque eu era efetiva na época, eu já era concursada e eu cheguei ao ponto de desfazer todas as coisas aqui pra ser remanejada. A gratificação nisso, foi que a população reconheceu meu trabalho, foi pra secretaria, conversou com o prefeito, não deixaram eu sair e isso tem o que?! Uns ¾ anos que eu permaneço, então isso pra mim foi gratificante quanto profissional, porque houve um reconhecimento, não por parte de gestão, mas por todo aquele pessoal que a gente trabalha todo dia, reconheceu a própria equipe também ne, porque é difícil você achar uma equipe que te valorize, que te considere e eu consegui isso, então isso profissionalmente pra mim foi muito bom e como pessoa também ne, pra mim foi muito gratificante. [...] Eu percebo uma coisa, eu não engulo mais sapo entendeu, eu acho que foi assim, um ponto positivo pra mostrar que eu posso, eu não aceito mais passar pela aquela situação, eu particularmente não aceito, psicologicamente eu não aceito, se eu tiver que passar

por isso novamente eu vou ao ministério publico e faço um “fuá” danado, mas eu vou correr em função dos meus direitos.”

A.10 – “Já, já, tanto aqui na unidade quanto no pronto socorro ne, tem hora que...”

A.11 – “Nada diagnosticado ne, mas o estresse, a dor de cabeça, quase todo dia. [...] Aqui é uma população muito grande e as vezes não tem vaga naquele dia, aquela demanda imediata, todo dia você explica e a pessoa sai te xingando, gritando, reclamando, é muito, nesse posto é muita população.”

A.12 – “Já, muito mesmo, mas assim, meus problemas quando eu tenho já logo jogo pra cima também (risos). [...] Já quase fiquei assim, com extrema depressão por causa de perseguição da secretaria de saúde da outra gerencia que teve ne, nos tivemos ate que ir pra ouvidoria, porque assim, não umas coisas assim, que deixa a gente bem fragilizada.” [...] Não, nunca me afastei.”

A.13 – “Não.”

A.14 – “Acho que o sono, questão de atrapalhar o sono.”

A. 15 – “Já, quando eu tava la no hospital.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Acredito que não.”

A.19 – “Não.”

12) Você faz uso de algum tipo de medicamento?

A.1 – “Sim, analgésico.”

A.2 – “Não, não tomo nenhum medicamento, só anticoncepcional (risos).”

A.3 – “Não.”

A.4 – “To fazendo pra pressão alta, hipertensão.”

A.5 – “Não.”

A.6 – “No momento não, nenhum.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “No momento não.”

A.9 – “Não.”

A.10 – “Não.”

A.11 – “Faço. [...] Tramadol.”

A.12 – “Graças a Deus não.”

A.13 – “Atualmente, como eu vou passar por cirurgia, a pressão alta como vou passar por cirurgia agora, to tento que tomar remédio.”

A.14 – “Rivotril.”

A. 15 – “Não.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Não.”

A.19 – “Só anticoncepcional.”

13) No seu tempo de folga, o que você costuma fazer? Quanto tempo de folga você tem diariamente/semanalmente?

A.1 – “Cuidar da casa, dos meus cachorros, tento dividir o meu tempo. [...] Reúno com os amigos, passeio, quando possível viajo, vou ver minha família que ninguém é daqui. [...] de Campo Grande. Final de semana durando o dia, quando eu não o de plantão e depois das 17hrs quando não estou de plantão, porque dai quando não estou de plantão eu faço minha hidro. [...] me cuidando, então geralmente durante a semana é mais corrido ai final de semana eu tento tirar um tempo mais pra eu poder organizar as minhas coisas em casa né, limpar, lavar, cuidar dos meus cachorros que eu tenho 7 (sete) né, eu resgato né. [...] é uma associação.”

A.2 – “Ficar com a minha família, com meus filhos, passear, fazer compras né. [...] Ah, assim, a gente não tem um rotina estabelecida, mas saio do trabalho vou pra casa, vou caminhar com meus filhos, com meu marido, a gente vai la no centro comprar alguma coisa, uma rotina de família normal ne.”

A.3 – “É, eu gosto de cozinhar. [...] Só o final de semana.”

A.4 – “Ultimamente tenho dormido. [...] Trabalho no posto no período da manha, minha folga seria a tarde e sábado seria meu dia de folga.”

A.5 – “Eu faço corrida ne, gosto de fazer uma corrida básica, faço também aula de circo e estudo também. [...] Folga mesmo, que eu considero folga, só os finais de semana, sábado e domingo, a noite são 3 vezes na semana, agora como ta encerrando já o ano eu tenho um tempo mais livre a noite.”

A.6 – “Correr (risos), amo correr, corro, me divirto com meus amigos, gosto de festa, descanso, namoro meu marido, assisto filme, esqueço que trabalho existe. [...] Depende, folgas quando eu faço trabalho extra, ou faço uma ação no sábado ou

faço uma ação noturna porque a gente trabalha com estratégia e a gente precisa alcançar uma população alvo, então outubro rosa, a gente fez preventivo noturno, aí eu ganhei folga, ganhei duas no mês, novembro azul fiz no, a noite, não, outubro fiz no sábado, novembro fiz noturno, então eu ganhei folga, aí essas folgas acumulam aí vou tirando meio período durante meu tempo de trabalho, mas não é sempre que eu tenho, só quando faço alguma ação assim.”

A.7 – “Folga, folga mesmo é só os finais de semana, geralmente fico em casa.”

A.8 – “Acho que ficar em casa né, família, nada muito relacionado a lazer, muito pouco, porque o tempo que sobra, a gente como mãe e esposa, acaba usando pros afazeres domésticos. [...] Praticamente final de semana, $\frac{3}{4}$ horar durante o dia, que é o restante que a gente tem durando a semana e o final de semana.”

A.9 – “Eu faço atividade física, eu faço caminhada, faço hidroginástica, trabalho com artesanato também, é um prazer que gosto muito, há muitos anos eu trabalho com isso, então tenho filhos né, dou atenção aos filhos, tenho um filho estudando fora, tenho um filho especial, então a minha vida se resume basicamente a isso, Corumbá é uma cidade que você não tem muito pra onde correr né (risos) então, se correr o bicho pega, se ficar o bicho come, então a gente procura alternativas pra isso né, então a gente leva a vida, sou casada a 28 anos. [...] Essas folgas são poucas, é assim, sábado e domingo, feriados, as folgas mesmo de serviço quase a gente não tem, é uma questão de você ou trabalha em época de vacina pra você conseguir essas folgas né, hoje em dia tá muito difícil de você usufruir, não só pra mim enquanto enfermeira, mas pra determinados outros profissionais, então a gente vai tirando meio período aqui, meio período ali e tentando adequar a situação a vida de todo dia o cotidiano.”

A.10 – “Passear né (risos), sair, divertir um pouco. [...] Quando não tô de plantão né, porque tem vez que tô de plantão final de semana, esse final de semana eu não tava, mas tem vez que eu tô de plantão no sábado, no domingo.”

A.11 – “Dormir e sair também. [...] Semanalmente eu só tenho a noite as vezes, quando eu não tô de plantão, final de semana um dia, porque no outro eu tô sempre de plantão. [...] Um dia, ou no sábado ou no domingo, ou de dia ou durando a noite e durante a semana umas três vezes.”

A.12 – “Vou pro lado da minha família, minha sogra. [...] Na realidade a gente não tem folga, porque a gente trabalha o dia inteiro né, aqui, e quando eu tô de folga eu vou pra minha casinha aqui e durmo e na folga mesmo, final de semana eu vou pra

Campo Grande. [...] Isso, ou pra Santa Cruz ver minha filha, aqui no momento eu to sozinha ne, então é isso que a gente faz.”

A.13 – “Quando eu não to plantão eu to em casa ou estou na casa da minha filha que voltou a morar aqui, passo um tempo com a minha neta que é a maior felicidade que eu tenho, minha bebezinha e gosto de costurar, fazer artesanato, sair com minhas amigas, distrair um pouco.”

A.14 – “Fazer escala, colocar em dia, fechar relatório e faço plantão. [...] Sábado e domingo. [...] Agora gestante, eu durmo.”

A. 15 – “Faço meu serviço em casa, cuido da minha filha, lavo roupa, passo roupa. [...] Eu tenho duas horas de almoço e todo final de semana. [...] Não.”

A. 16 – “Sair com a família, atividades na igreja. [...] Uma vez por semana eu consigo.”

A.17 – “Fico em casa, eu tenho meus cachorrinhos e quando tenho tempo eu viajo. [...] Finais de Semana.”

A.18 – “(risos) dormir ou andar na casa das meninas. [...] Umas 20 horas de folga.”

A.19 – “Eu saio pra barzinho, final de semana vou na igreja também. [...] Noturno uns 3 dias, final de semana um dia inteiro e uma noite, no domingo eu faço plantão.”

Vivências Relacionadas ao Atendimento

14) Quantas pessoas você atende diariamente?

A.1 – “Ai, depende do dia, tem dia que eu atendo 16-20 pessoas e tem dia que eu atendo 10 ou 08, depende do dia entendeu, mas em media é umas 15 pessoas por período, por baixo. [...] é, por ai.”

A.2 – “Isso varia bastante de acordo com a demanda, a nossa agenda é de 16 de manha e 16 atarde, mas a gente geralmente atende muito mais que isso, porque a nossa agenda é diferente da agenda do medico, a gente atende toda a livre demanda que chega, não importa se esta agendado ou não, eu tenho aqueles 16 que são nos agendados pro medico, que eu classifico o atendimento de 1 por 1 e tem aquela demanda que chega espontânea, paciente que vem buscar medicamento fora do dia, tomar medicamento injetável fora do dia, então todos,

então geralmente é difícil falar em quantidade porque teria que ver o mês ali que varia, esse mês mesmo tem pouco porque em dezembro as pessoas somem da unidade de saúde, mas geralmente por mês varia em torno de 500/600 pessoas.”

A.3 – “Em média, por dia dá umas 30 pessoas.”

A.4 – “Entorno de 40.”

A.5 – “Mais de 20.”

A.6 – “Nossa, deixa eu ver, tenho que olhar na minha ficha D, mas em média por período, acho que por período umas 10 pessoas, mas vamos botar umas 20- 20 e poucas pessoas por dia, não é todo dia, mas assim, é pouco a mais, mas agora em dezembro já diminuiu a gente quase não tá atendendo, mas de março a novembro é essa demanda.”

A.7 – “Diariamente, na base de umas, deve vir de 25/30 pessoas.”

A.8 – “Ah, então, se for contar mais ou menos, depende do dia, mas acredito que durante o dia, mais ou menos eu atendo umas 20 pessoas em um dia todo.”

A.9 – “Em média umas 50 pessoas.”

A.10 – “Ah, umas 20.”

A.11 – “Atendo umas 20”

A.12 – “Tem dia que a gente atende, é quantitativo, dia da puericultura mesmo de manhã chega 30/40 crianças, a tarde mais umas 20/30, diariamente sai entorno de umas 80 por aí, mas tem vez que vem umas 20 de manhã, depende do dia né, tem dia que é mais tranquilo, tem dia que é mais agitado.”

A.13 – “Em torno de 50 pessoas.”

A.14 – “Uma média de 20/25 pessoas.”

A. 15 – “Depende o dia, se é dia de hiperdia, você atende mais de 30 pessoas, quando é dia de visita domiciliar você atende 6 pessoas e antes de sair da unidade você atende umas 2 pessoas.”

A. 16 – “Em média 15 pessoas por dia.”

A.17 – “Uma média de 40/50 pessoas.”

A.18 – “Tem dia que eu atendo umas 5/6, aí tem dia que uns 10/15”

A.19 – “Varia entre, as vezes 8, as vezes 40 quando tem atendimento em grupos.”

15) A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) a qual você trabalha, recebe estrangeiro?

A.1 – Sim

A.2 – “Não, só se o estrangeiro estiver legalizado no Brasil e tiver endereço fixo, aí a gente atende.”

A.3 – “Sim, se ele for devidamente cadastrado, sim.”

A.4 – “Recebe.”

A.5 – “Até agora recebi só uma paciente boliviana.”

A.6 – “Não com tanta frequência como outras unidades que eu já trabalhei, mas se receber a gente atende, a gente presta o primeiro atendimento depois a gente encaminha pra unidade de origem.”

A.7 – “Sim.”

A.8 – “Tem, mas são poucos.”

A.9 – “Recebemos muitos estrangeiros com a documentação brasileira e estrangeiros que não tem a documentação em busca de atendimento. [...] Aqueles que tem o documento brasileiro, a gente atende desde que mora na área de abrangência da cidade, os que não tem documento brasileiro, dependendo do atendimento, a gente faz o primeiro atendimento e encaminha. A questão de vacina, é muito procurada, a gente tem uma sala de vacina e a questão de vacina é muito procurada, só é realizada a conduta pra quem tem documento brasileiro, cartão do SUS, CPF, RG ou aquele documento fornecido pela Polícia Federal, bolivianos que não tem, estrangeiro que não tem, são encaminhados, a gente não faz. [...] Pra própria Bolívia, porque aqui na unidade a gente não tem como atender, se não tem a documentação brasileira a gente não atende.”

A.10 – “Atende.”

A.11 – “Eu sei que tem estrangeiros moradores na área, mas eu nunca atendi. [...] Não, só boliviano que eu tenho conhecimento, que reside aqui na área.”

A.12 – “Poucos, mas recebe.”

A.13 – “A gente recebe estrangeiro, eu particularmente estou com uma médica do mais médico, que ela também é boliviana, mas independente disso ela é um ser humano maravilhoso e tem uma visão diferente de outras pessoas do atendimento.”

A.14 – “Recebe.”

A.15 – “Recebe.”

A. 16 – “Sim. [...] Atende.”

A.17 – “Raramente.”

A.18 – “Algumas vezes sim.”

A.19 – “Se aparecer sim, o primeiro atendimento.”

Se sim:

15.1) Você atende bolivianos com que frequência? E estrangeiros no geral?

A.1 – “Quase todos os dias, porque eu tenho uma população boliviana, digamos, considerável aqui na minha área. [...] em numero exato não, eu tenho os dados, mas é, tem muitos bolivianos que eles vem, que vem pra casa da tia, que a tia ta com a nacionalidade brasileira, ai vem esse boliviano sem documento, sem nada e fica na casa da tia, principalmente quando ta gestante entendeu e criança, então tem muito boliviano na minha área, principalmente la no jardimzinho e jatobasinho. [...] Não, não tem muito, aqui tem mais é só boliviano mesmo.”

A.2 – “É raro. [...] Eles vem atrás de cartão do SUS, isso é quase que diariamente, mas não temos autorização pra inserir dados de estrangeiros aqui na unidade, isso é feito na central de regulação de vagas, então a gente encaminha a pessoa pra la.”

A.3 – “Temos poucas famílias de bolivianos, eu creio que a gente no momento temos 3-4 famílias. [...] Não, não tem. [...] É, os pacientes que são estrangeiros, se eles não residem no Brasil, eles são atendidos na urgência e emergência.”

A.4 – “A gente recebe os bolivianos, é uma demanda baixa mesmo sendo uma estratégia, onde a gente faz a fronteira ser com a Bolívia, que eu trabalho no assentamentos, a gente não atende fora de área boliviano, então assim, mesmo que eles vão na unida, logico, vou dar o primeiro atendimento, mas ai encaminho eles pra unidade do centro, a gente não absorve essa demanda primeiro porque, é, eles tem muito mais condições de chegar primeiro que os assentados, todos tem carro, então se eu absorver essa demanda, eles são os primeiros a pegarem todas as fichas do dia e a população que ta dentro da área de abrangência ela não consegue atendimento, eu ate tentei absorver, mas foi isso que aconteceu, pro medico são 15 fichas e os outros a gente faz a triagem, então uma quarta feira tinha os 15 bolivianos e a população que é visitada pelo agente comunitário, ela ficou de fora, então assim, a gente decidiu em comum com a equipe, que a gente acolhe, mas a gente não passa pro medico, ou ate as vezes não passa nem pra mim se não for

uma urgência, ai ali mesmo todo mundo já encaminha pra unidade do centro. [...] Não, estrangeiros de outra nacionalidade, não me recordo de ter atendido.”

A.5 – “Aqui nessa unidade, não é muito frequente a vinda dos bolivianos, aqui no Breno I não, eu atendi só uma gestantes boliviana ate agora. [...] Cadastrada, tem cidadania brasileira, dupla cidadania ne, que fala. [...] Sim, isso. [...] Teve um casal colombiano que minha agente me procurou pra dizer como que eles iam fazer, que eles estão agora na nossa área, ai foi orientado que eles precisam ta buscando o consulado pra ta fazendo a documentação legal pra ta sendo assistido também aqui pelo programa.”

A.6 – “Difícilmente, quase nunca, aqui pela localização a gente quase não tem. [...] Como eu falei, eu não lembrei da gente ter atendido recentemente. [...] Não, porque são todos já legalizados, já moram muito tem aqui. [...] Olha, falar pra você, eu não lembro dos pacientes todos, eu sei que tem familiares, mas são nascidos aqui, já tem cadastro muitos anos, eu não sei te dizer.”

A.7 – “Os bolivianos que tem residência é como se fosse brasileiro, então diariamente você vai encontrar alguém da fronteira aqui. [...] Diariamente vou te falar, de 2/3. [...] Todos eles são cadastrados. [...] O que não é cadastrado a gente tem como referencia a unidade básica do centro. [...] A gente encaminha, orienta, primeiro encaminha. [...] Só se tiver caso de dor, se ta sentindo algum desconforto, ai a gente atende, se for rotina a gente encaminha.”

A.8 – “Aqui por incrível que pareça, a gente não tem muita procura de boliviano, que eu me lembre, ate hoje eu devo ter atendido poucos, uns 3 ou 4 acredito eu, porque geralmente a gente não tem, os bolivianos que a gente pode atender são os que já tem cartão do SUS ne ou que já são ne, que já tem os documentos específicos pra tar aqui no pais, então muitos não procuram a unidade, pelo menos a minha não com tanta frequência. [...] Não.”

A.9 – “Todas semana, um por dia. [...] Muito pouco, nos tínhamos um rapaz do AITI que já mudou, dois rapazes do AITI que já mudaram.”

A.10 – “Olha, é alta a frequência de pessoas que chegam aqui, chega cliente da Bolívia ne, é bastante. [...] Não, muito pouco.”

A.11 – “Não, só boliviano que eu tenho conhecimento que reside aqui na área.”

A.12 – “A gente atendia, mas agora a secretaria não quer que a gente atende mais boliviano tem que ir diretamente la na secretaria de saúde. [...] Por causa do sistema único de saúde, cartão SUS, que é exclusivamente pro brasileiro, então tem que ir

pra lá, mas a gente nunca deixa de atender, lógico que se chegou aqui na nossa unidade com algum problema a gente atende né, aí a parte burocrática depois a gente manda pra lá pra eles resolverem. [...] Não, tem que passar lá por eles lá, pra fazer a tramitação tá papelada, até acho isso muito errado porque assim, pra mim ser humano é ser humano né, não importa se ele é japonês, preto, branco ou vermelho né, então eu como enfermeira eu aprendi a cuidar de gente, de pessoas, de ser humano né, não cuidar só do brasileiro, no meu certificado não tinha isso, pra mim atender só o brasileiro, eu acho que nenhum enfermeiro quando faz uma faculdade, o médico quando faz faculdade, não tem lá específico, você vai ser médico só pra atender o brasileiro, então acho isso injusto, pra cobrar isso de nós você entendeu, porque se nós estamos aqui, se o médico tá ali e chegar um estrangeiro passando mal, não pode deixar de atender. [...] Uns 5 por mês mais ou menos. [...] Isso é pouco, raríssimo vem.”

A.13 – “Pelo menos uns 3/4 por mês. [...] Não, nunca vieram.”

A.14 – “No momento eu tenho duas gestantes bolivianas, tenho um paciente que teve um trauma, que fez uma cirurgia na perna, que também é boliviano, eu faço atendimento domiciliar dele e fora os pacientes diabéticos que frequenta uma vez por mês. [...] Não atendi ainda.”

A. 15 – “Diariamente. [...] Não.”

A. 16 – “Diariamente. [...] Semanalmente, pelo menos uma vez por semana a gente atende.”

A.17 – “Raramente, no máximo uns 3 por mês e mesmo assim, não é lotado na minha área. [...] Eu não tenho.”

A.18 – “Uns 50/60%.” [...] Não.”

A.19 – “Nessa unidade como não e próximo da Bolívia, só quando eles estão na casa de parentes e é raramente. [...] Não.”

15.2) Qual tipo de agravo mais frequente eles apresentam?

A.1 – “Em termos de.. Primeira a questão da documentação, porque se não tem documento como você vai poder fazer o seu atendimento mais integral, solicitar exames e tudo e alguns não tem paciência pra esperar também, eles acham que eles chegam aqui e eles tem que ser atendido. [...] Gestante ou alguma alteração, febre, diarreia, dor, pressão alta, essas coisas. [...] Eu atendo todos os pacientes

independente se tem documentação ou não, só que assim, quando não tem documentação fica complicado você poder prestar uma assistência mais integral ao paciente, por exemplo: eu vou solicitar um exame, eu não posso agendar um paciente lá no laboratório municipal, ele não tem SUS, ele não tem documento, ele é ilegal no Brasil entendeu, então a gente presta o nosso atendimento quanto a unidade de saúde, solicito os exames só que o paciente tem que tá vindo no particular, principalmente gestante. Mas ele é orientado, olha, vai na receita federal, legaliza sua entrada pra poder tá ganhando o direito né, e fazer o cartão SUS. [...] As orientações sim, aí o cartão SUS é feito lá na regulação os estrangeiros. [...] Sim, tem, a equipe tem.”

A.2 – “Olha, a gente geralmente assim, eles vem me procurar por consulta de urgência né, então a gente encaminha essas pessoas que vem, a eu preciso de um encaminhamento né, no caso, preciso de um encaminhamento pro oftalmo, não específico porque você não conhece o paciente, na saúde da família eu conheço o paciente, quem tá cadastrado, essa demanda de bolivianos, a gente não acolhe essa demanda, a gente não atende esses pacientes, a gente encaminha pra unidade que faz. [...] Tem, são atendidos normalmente, desde que seja legalizado no país, tenha residência fixa e seja cadastrado pelo agente de saúde. [...] Consulta em geral, ou hipertenso, diabético, criança para fazer puericultura, um atendimento normal que todo brasileiro faz, não tem diferença nenhuma, o atendimento é o mesmo.”

A.3 – “Os que reside na área, tem paciente que é de saúde mental, tem hipertenso, tem crianças, gestante. [...] Sempre aparece gestante.”

A.4 – “Gestação.”

A.5 – “Na verdade, como falei pra você, essa gestante veio porque tá gestante né, esse casal colombiano é porque eles querem mesmo ter o vínculo com a unidade, tipo assim, tem alguma ocorrência com eles, alguma coisa, pra eles terem um médico pra atender eles né, não tive nada assim, diferente disso até agora.”

A.6 – “Bom, aqui nessa unidade com eu já te falei, eu lembro muito pouco de ter atendido, é mais situação de urgência, hipertensão, gestação né, gestação é bastante, foi até um projeto que eu queria fazer e... mas na outra unidade que eu trabalhei, lá no beira rio eu tinha bastante gestante boliviano, no Cristo tinha gestante, eu tinha hipertenso, eu tinha diabético, eu tinha na verdade todos os grupos porque lá na verdade tinha muito boliviano na área.”

A.7 – “Geralmente é dor, mas assim, dor estomacal, dor de cabeça. [...] Geralmente quem procura o nosso atendimento é dor relacionado ao serviço, dor na coluna, dor no estomago, dor de cabeça, mais isso. [...] Não. [...] Não. [...] Gestante sim e puericultura. [...] Tem, considerável.”

A.8 – “Olha, eu tenho muito paciente com problema de pressão, pressão alta e muito paciente com problema mental. [...] Não, boliviano não, boliviano eu não tenho, acho que se eu tiver atendido foi umas duas gestantes, que moram aqui na área, mas outro tipo de agravo de boliviano, não.”

A.9 – “Pressão alta, diabetes, basicamente o que eles apresentam. [...] É a questão de câncer, câncer de colo uterino. [...] É frequente, a cada 8 casos, 2. A gente teve o caso desse boliviano, por ele morar aqui e morar na Bolívia, desenvolveu leishmaniose visceral, foi atendido, foi pra Campo Grande, tudo, ta estabilizado. [...] Olha, eles querem tudo, eles querem todo tipo de assistência que a gente tem. [...] Eu particularmente acho errado, eu acho que o SUS ele é pro brasileiro, eu acho que não deixaríamos de fornecer pro estrangeiro, mas eu acho que deveria ser cobrado, porque eu falo que o SUS é mãe de todos ne e a gente ta perdendo condições financeiras digamos assim, em função disso, eu vejo assim ne, é a parte principalmente de Corumbá, a fronteira é muito próxima ne, então eles se acham no direito de terem e a gente não tem nenhum direito na terra dele, a questão da cidadania que eles querem ter os filhos pra que tenham condições e os mesmos direitos aqui e a gente não tem uma contrapartida do governo boliviano pra isso. [...] Eu não tenho esse tipo de atendimento aqui de pré natal pra bolivianos, a procura é muito pouca, mas eu sei de outras unidades que é muito grande essa procura de pré natal, de atendimento pra criança, é muito grande ne, então isso sobrecarrega, o que que acontece, eu deixo de atender a minha população em função disso, a minha qualidade de atendimento cai.”

A.10 – “Olha, o que mais me da dor de cabeça aqui é gestante, gestante que vem, abre só o cartão, some, não vem mais, ai você pede pro agente ir atrás fazer a busca, não acha entendeu e some, não aparece mais entendeu. [...] Sabe o que aconteceu agora, uma menina me ligou ontem da vigilância, uma moça que veio, trazem comprovante de luz, a gente pede ate o de luz que tem o cep, atualizado, tudo certinho, mas eu acho que tem pessoas que compram ne, trouxe, ai eu mandei o agente la, e não tava la, insistiu que morava e trouxe, começou o pre natal a moça, entendeu, e agora foi a óbito, tava com meningite, foi a óbito a menina, ate me ligou

falando que tenho que fazer um relatório e você vai lá e eles não estão lá, inclusive veio hoje aqui a mãe da menina, e falou assim: não, a gente fica o dia inteiro na Bolívia, então acontece bastante isso entendeu, a mais dor de cabeça é as gestantes, elas vem, abre, some, chega exame, dá alterado, entendeu, assim, ciflis, tudo mais.”

A.11 - “Tuberculose, ouvi falar que tem 2 que tem tuberculose e o resto é mais consulta de rotina mesmo, eu sei que tem 2 que tem tuberculose, 2 estrangeiros. [...] Nenhuma. [...] Hipertensão também não, os que tem na hipertensão são descendentes, eles são brasileiros, descendentes, moraram na Bolívia, mas eles nasceram aqui no Brasil.”

A.12 – “É mais gestação, é mais gestante e a maioria das gestantes, normalmente elas vem e elas não querem que os filhos delas sejam bolivianos, parece que pra lá não tem uma assistência boa, tanto que tem boliviana que ganha o bebê lá e querem registrar o bebê aqui, é aquela briga, essa parte de burocracia assim, querem aqui por causa da assistência, eles não tem atendimento médico lá, eles não tem assistência lá, então aí eles lutam pra que venham pra cá né. [...] São por demanda livre, porque cadastrada não tem como cadastrar porque não querem que cadastre aqui mais, eles querem que vá lá pra assistência lá, pra serem cadastrados lá.”

A.13 – “Aqui eles procuram bastante atendimento para vacina.”

A.14 – “Gestante, porque elas querem fazer o pré natal aqui, porque elas querem ter o filho no Brasil.”

A. 15 – “O problema dos bolivianos são os acompanhamentos das gestantes.”

A. 16 – “Hipertensão, diabetes, gestantes.”

A.17 – “Pressão alta, diabetes e as vezes problemas gastrointestinais.”

A.18 – “Hipertensão, ferida, gestante.”

A.19 – “Geralmente eles já chegam com muita intensidade do problema deles.”

16) Qual o impacto ao seu trabalho e as dificuldades que você sente ao atendê-lo?

A.1 – “É isso que eu falei, porque as vezes o paciente boliviano ele vem, ele não mora na área, ele vem porque a tia ou o amigo é da área, ele acha que ele tem que consultar aqui, mas ele vem assim, esporadicamente, e ele ficou doente lá ou principalmente gestante, tá gestante lá, vem pra casa da amiga, fica aqui, acha que aqui ele pode ficar, sem documento, sem nada, aí ele vem fica meio período aqui e

volta pra Bolívia, como vai fazer um acompanhamento de uma gestante assim, que não mora na área, esse é um problema.”

A.2 – “Nenhuma, pra mim é um paciente como outro qualquer né, não tem diferença, o atendimento não tem diferença, desde que ele esteja cadastrado na unidade de saúde e seja morador, pra gente não faz diferença se é brasileiro ou estrangeiro, de como que é a nacionalidade.”

A.3 – “Se ele não tiver devidamente legalizado pela Policia Federal, dificulta atendimento dele, porque dai ele passa a ser clandestino.”

A.4 – “É tirar uma pessoa da área de cobertura ne, de uma ficha e ao mesmo tempo a gente não vai ter o acompanhamento adequado, porque eles vao, a maioria, praticamente 80/85 por cento dessa população que procura, são mulheres gestantes que vem so pra ter o filho no Brasil, então elas vem, vao pegar o atendimento mas eu não vou ter continuidade, então isso dai pra mim, não interessa porque se tiver algum problema durante a gestação ou com essa criança eu vou ter uma cobrança da qual eu não vou saber responder.”

A.5 – “A questão é a língua, a língua é a maior dificuldade. [...] Sim, e a cultura deles ne, a cultura deles também eu acho que hoje é a dificuldade que a gente tem, eu por exemplo, a língua ne, você não ta habituado com a língua, que eu acho muito importante nos brasileiros termos o espanhol, eu acho que isso é importante, deveria ter na grade, e a cultura, mudanças de cultura é difícil”

A.6 – “Eu acho que a única dificuldade é questão de documentação, porque muitas vezes eles vem pra ca de forma ilegal, não tem, não tiram documento aqui, não vao na policia, eles chegam querendo atendimento, a gente não consegue porque hoje é tudo informatizado, a gente não consegue fazer, no caso de uma gestante eu fiz o pré natal dela, não aceita documento estrangeiro, eu não consigo fazer o faturamento, lançar o atendimento, encaminhar pro especialista porque eu preciso do cartão SUS, então sem documento nacional a gente não faz, essa é a maior dificuldade, mas isso não me nega de fazer o atendimento, se alguém chegar aqui, pressão 20/10 eu vou atender, a medica vai atender, a gente faz um prontuário manual e encaminha pro pronto socorro.”

A.7 – “Só a dificuldade que eles mentem muito em relação ao endereço. [...] Eles falam que moram na área e quando você vai pedir pro agente ir la verificar se mora na área, não mora, mora na fronteira, ai trabalha aqui, ai eles querem consultar aqui, da área daqui.”

A.8 – “Acho que mais de se fazer entender, de fazer eles entender como a gente trabalha, como é o sistema ne, eles as vezes acham que podem ser atendidos, eles sabem da documentação do SUS, a gente sempre ta lembrando que só pode com o cartão do SUS, abrir prontuário na unidade, se ele tiver a documentação ne, legal do país exigida, então assim, ate agora é difícil pra mim, te responder sobre boliviano porque eu não tenho tanto atendimento comum com boliviano.”

A.9 – “Ah, eu fico no sentido de que tem certas coisas que eu não tenho como desenvolver, a questão do próprio recurso material. [...] Exatamente, material, você sabe que ele vem quantitativo, ele vem quantificado, se eu forneço pra muitos, eu deixo pra outros e eu acho que a prioridade é justamente quem paga os impostos, é o povo daqui, eu acho que a prioridade de atendimento é deles.”

A.10 – “Ah, é bem frustrante ne, porque é uma coisa assim, principalmente quando vem gestante da Bolívia, você fica assim, com um pé atrás e outro na frente ne, não sente segurança não. [...] Por causa delas não morar na área ne, vem abre o cartão, só aparece depois, some 3/4 consultas, vem só quando ta na época de quase ganhar, isso acontece demais. [...] Não, aqui em estratégia saúde da família no Pedro Paulo I não, mas eles trás e comprovam, não sei como, por isso que eu falo: acho que tem alguém que fornece conta de luz, os boliviano deve pagar um valor ne.”

A.11 – “Na verdade é quando eles não tem documento, teve um caso de uma mulher que veio, que não tinha documento, teve que encaminhar ela pra regulação. Na verdade é todo um processo ne, tem que tirar, não sei se é visto que vai na policia federal, tem todo um tramite ai, que teve que encaminhar ela, acho que essa é a maior dificuldade, porque na verdade pra eles, eles moram aqui, vivem aqui, seria mais o burocrático.”

A.12 – “Os impactos são esses ne, porque a gente trabalha com o ser humano, a gente trabalha com burocracia ne, só que a gente tem que ser rigoroso porque assim, a gente tem as burocracias pra se atentar ne, porque sem as burocracias a gente também não consegue realizar o cadastro do boliviano aqui, porque tem que ter o cartão SUS pra fazer o cadastro no sistema que a gente trabalha atualmente ne.”

A.13 – “O que eu sinto é, eles não poderem dar continuidade as vezes, no tratamento.”

A.14 – “A perda do vínculo, você atende uma gestante e você espera que vai dar o seguimento com a criança e ela some.”

A. 15 – “O impacto é que você não consegue acompanhar todas as suas gestantes.”

A. 16 – “As dificuldade que a gente tem, principalmente a legalização deles, muitos moram na Bolívia, mas como aqui é a unidade mais próxima eles vem procurar atendimento aqui, mas como alguns não estar legal com os documentos a gente não consegue realizar alguns procedimentos.”

A.17 – “Então, nos temos grande dificuldade de infraestrutura.”

A.18 – “Dificuldade mais em entender a língua, eu não entendo quase nada que eles falam e eles também não me entendem.”

A.19 – “Mais a documentação mesmo, questão burocrática.”

17) Qual a sua percepção acerca da procura do boliviano pelo SUS?

A.1 – “Olha, eu acho que assim: tem, eles tem todo o direito de receber o atendimento, só que eles tem que fazer tudo certinho né, tem que vim, tem que dar entrada na receita, tem que a parte da documentação, pra poder ser atendido como todos os nossos pacientes.”

A.2 – “Porque eles não tem esse atendimento no pais deles, aqui na fronteira, a maioria as vezes se muda, se legaliza porque tem filhos e precisa de atendimento e eles não tem esse atendimento gratuito no pais vizinho ne, na minha percepção é: procura no Brasil porque eles não tem onde procurar na bolívia.”

A.3 – “É igual dos outros pacientes.”

A.4 – “É grande devido a facilidade que se tem de atendimento e por ser gratuito, porque no pais vizinho eles, que na verdade atendem bolivianos gratuitamente, são mulheres gestantes, crianças ate 5 anos e idosos, mas a outra população não tem, então tem que ser pago, então eles não querem fazer, não querem pagar, e como a nossa saúde é uma saúde publica, gratuita, eles querem esse benefícios, então eles eu acho que aumenta mais os nossos gastos.”

A.5 – “Penso assim ne, que como a bolívia não tem a questão da saúde publica, eu vejo assim, com os pouco bolivianos que eu tive contato, ate acompanhando estagio mesmo no pronto socorro e aqui mesmo na unidade, eles ficam maravilhados com o sistema, porque eles veem que eles tem essa liberdade, agora que tem essa dificuldade ne, ta tendo essa dificuldade na questão que o boliviano precisa ter essa

cidadania brasileira pra ser atendido, se não ele não e atendido, então assim, foi a primeira vez que eu me deparei com isso, porque ate então a uns 2 anos atrás, não havia isso, o SUS atendia independente de ter o cartão do SUS ou não, agora ele precisa ter o cartão do SUS. [...] Ao meu ver ne, antes ele não era cobrado, então agora existe assim, ate saiu a pouco tempo na mídia, não sei se você acompanhou, a questão de que o Brasil tava fazendo esse contato com a Bolivia pra eles terem essa parceria, os pacientes estavam so mandando pra ca e não havia esses recursos, por exemplo: faltava vaga no hospital pra atender o brasileiro e o boliviano muitas vezes estava ocupando essa vaga. Entao assim, a questão de recursos mesmo, mas a percepção que eu tenho do boliviano, ele procura mesmo porque a gente é uma referencia de sistema único.”

A.6 – “Eu acho que eles procuram a gente aqui por dificuldades no pais deles la ne, de acesso, e a aqui, por mais dificuldade que a gente tem, ainda funciona ne.”

A.7 – “Eles vem principalmente procurar vacina, porque a gente ve que la eles falam que é mais complicado porque la é muito pago.

A.8 – “Assim, a percepção que eu tenho, pra mim pelo menos, não tem muita diferença assim, mas eles ficam meio confusos, eles não sabem muito bem onde ir, quem procurar ou o que realmente eles querem, as vezes fica meio confusos ne, ai eles se sentem meio perdidos as vezes, a gente tenta orientar mas eles não entendem muito bem o sistema.”

A.9 – “Quem não quer o melhor pra si ne?! Todo mundo quer, ate eu quero, então se ele ver que aqui no Brasil tem condições, tem uma infraestrutura boa, uma qualidade de atendimento bom, a saúde aqui funciona em vista da própria saúde deles la, é logico que eles vao querer procurar o melhor, eu entendo esse ponto de vista dele, mas eu acredito que o governo deveria impor um limite nisso ou haver um contrato entre países, para que se houvesse uma troca de benefícios, só o Brasil fornece, e o que Brasil recebe?! No Brasil eu digo Corumbá, porque é Corumbá que geralmente fornece.”

A.10 – “Péssima. [...] Por elas vir na unidade e que que elas querem, só ir na maternidade ganhar o bebe, a verdade é essa, quando ela vem, quando a gestante vem aqui, a gente da varias orientações, faz isso, faz aquilo e elas não fazem, o negocio dela é só pegar aquela caderneta pra no dia que tiver parindo, ir na maternidade e tiver a caderneta ne, porque se não tiver a caderneta elas geralmente não pode chegar la entendeu, então é péssima.”

A.11 – “A maioria que eu vejo assim, não aqui no meu posto porque eu não tenho, mas elas vem mais no final da gestação pra poder ter o parto ne, aqui na cidade.”

A.12 – “Ah, eles sempre vai ta procurando, sempre vai ta procurando cada dia mais. [...] Porque pra eles é mais favorável eles ter um tratamento de saúde aqui no Brasil do que la.”

A.13 – “Eles procuram que nos pais deles eles não tem, acho que a criança ate 5 anos, gestante e idoso que tem o atendimento gratuito, fora isso eles tem que pagar por tudo e pelo que a gente conversa com eles também, aqui na fronteira, a qualidade de saúde mesmo pago não é muito bom, então eles vem procurar um atendimento gratuito.”

A.14 – “Eu acho que é pelo atendimento gratuito.”

A. 15 – “Eu acho seguinte, eu não sei como é, eu não conheço, qual a pactuação, qual é o acordo eu o Brasil tem com a Bolívia, a Bolívia também tem que ter a sua responsabilidade, eu acho, eu sinto que a Bolívia, joga todos os bolivianos pra gente, eles não fazendo o atendimento que tem que fazer, eles desaparecem.”

A. 16 – “Olhas, eu percebo que eles são muito carente no pais deles, os que moram la e aqui eles tem um acesso muito fácil, então é onde eles chegam e acabam conseguindo ser atendido.”

A.17 – “Na verdade, a gente atende porque independente da nacionalidade o cliente, o paciente é único e ele precisa ser atendido da melhor maneira possível.”

A.18 – “Porque na Bolívia é tudo pago ai eles vem pro SUS.”

A.19 – “Acho que o pais deles deveria ofertar esse serviço gratuitamente pra eles também, já que no pais dele não tem essa oferta.”

18) Como é o atendimento dado ao usuário boliviano? Você já precisou escolher atender ou brasileiros ou bolivianos?

A.1 – “Igual os outros pacientes, eles chegam, eles são triados, passam por mim, pelo medico, a gente orienta, a gente atende, só que tem esse problema de quem não tem a documentação e você não consegue fazer um acompanhamento igual os outros pacientes, entendeu. [...] Não, todos que vem eles são triados, e na hora da triagem a gente ve quem é o mais urgente que precisa passar primeiro, por mais que ele é boliviano, mas as vezes é uma criança, ta com febre, a não, porque ele é

boliviano ele vai ficar por ultimo, não, vai passar na frente entendeu, mas a gente tem esse problema, que muitos não moram na área e não tem a documentação.”

A.2 – “Normal, como um atendimento ó: o paciente chega na recepção, ou ele é agendado, se o atendimento dele for pra agendar, se for urgência: a to com dor de cabeça, dor de dente, diarreia, vomito, ele é atendido com qualquer outro né, é demanda espontânea, demanda agendada, como a unidade de saúde trabalha, se for caso de programa de agenda, a gente agenda, se for caso de demanda de urgência, a gente atende no mesmo dia, mas é um atendimento que é feito pra qualquer outro brasileiro, não tem diferença né, e eles já conhecem o posto, aqueles que são cadastrados aqui, já conhecem a unidade e vem procurar o atendimento de acordo com a necessidade de cada um, não tem: a aparece do nada e eu quero ser atendido agora, não tem isso. [...] Não, nunca, nunca precisei fazer isso e não faria se precisasse, se eu precisasse atender um paciente de prioridade, eu atenderia aquele que esta precisando mais né, aquele que seria um caso de risco, esse paciente que não importa de onde veio.”

A.3 – “O paciente boliviano que reside na Bolívia, que vem atrás de atendimento de saúde, ele procura o UPA ou pronto socorro para atendimento paliativo, curativo, mais prevenção seria vacinas, seria mais isso. [...] É, eles, em relação a vacinas, qualquer pessoa pode tomar vacina, agora em relação a atendimento como a gente tem um território que a gente precisa monitorar, ta acompanhando, fazer visita, então não tem como a gente incluir essa pessoa pra fazer a prevenção e a promoção de saúde. [...] Não, nunca precisei.”

A.4 – “Quando chega na unidade a gente faz o acolhimento, na recepção, orienta, pergunta qual é o motivo, se não for alguma coisa extremamente grave eles mesmo orienta, se eles veem que a pessoa não ta entendendo ou não quer entender, passa pra mim ne, pro enfermeiro ou técnico de enfermagem se eu não tiver presente, mas a gente exprica, mas se identificar naquele momento é uma situação de urgência, de risco, a gente da o primeiro atendimento, faz o que tem que ser feito com encaminhamento pra unidade do centro que é referencia. [...] Já, e minha opção é sempre o brasileiro, logico, sempre triando vendo qual e a gravidade do boliviano, porque a gente tem escolas nos assentamentos e 70 por cento dessas crianças, elas são bolivianas de nacionalidade e moram la, então assim, se passam mal, eu não vou mandar embora, a gente vai atender, vai entrar no encaixe da emergência, mas o encaixe de consultas normais a gente escolhe por brasileiros ou por pessoas

que estão cadastradas porque tem bolivianos que moram no assentamento que tem cartão SUS, CPF e são cadastrados na área e esses entram normalmente com atendimento, mas o estrangeiro que chega cru e nu, ele entra na fila da triagem.”

A.5 – “Eu ainda vejo a discriminação, infelizmente. [...] Por parte de alguns, a maioria, vamos dizer assim: por parte de colegas enfermeiros, da recepção ainda existe sim, dizer que não existe a discriminação é mentira, ainda existe, a questão assim: quando a gente vai lá pra Bolívia a gente não é atendido assim, aí eles chegam aqui e eles querem ser atendido assim, então eu ainda vejo isso, eu não vejo que isso seja real, mas acontece essa discriminação. [...] Eu não precisei, mas eu já vi isso acontecer. [...] Foi uma situação bem difícil, porque a ambulância proveniente da Bolívia estava na rua ali, na rua quinze né, enfrente ao hospital e ele não pode dar entrada com o paciente, o paciente estava poli traumatizado aí ele procurou o pronto socorro no caso e ele não pode ser atendido, resumo: ele teve que procurar um serviço particular pra ser atendido e a ambulância ficou no meio da rua com um paciente poli traumatizado, foi uma situação assim, até triste de ver porque é um ser humano né, eu fiquei bastante triste de ver aquela situação.”

A.6 – “Igual o de todos, sem distinção. [...] Eu particularmente não, mas sei de profissionais que faz isso. [...] Não, hoje não, mas já trabalhei com profissionais que falavam exatamente isso. [...] Médico.”

A.7 – “A gente ainda um benefício que o médico fala espanhol, então na hora que ele tá consultando com eles, eles falam mais e a gente consegue entender mais o que é a queixa ou então a vivência deles. [...] Não.”

A.8 – “Geralmente ou a enfermeira ou a recepção mesmo é orientada. [...] Não.”

A.9 – “Ele é dado igualmente. [...] A prioridade é o brasileiro.”

A.10 – “A mesma coisa que a gente segue aqui, com a gestante daqui, é o mesmo, a gente trata igualzinho entendeu. [...] Não.”

A.11 – “Eu não posso dizer porque eu não tenho, mas o que eu já vi é normal, mais é esse trâmite burocrático, que muitas vezes eles não querem, querem ser atendidos imediatamente, já vi como colega, já presenciei, já presenciei na upa, eles exigindo atendimento, que não pode negar atendimento, que isso é negligência, mas eles não tem as vezes nenhum documento, isso dificulta.”

A.12 – “Normalmente, igual o brasileiro. [...] Nunca, nunca, pra mim gente é gente.”

A.13 – “Igual o brasileiro. [...] Não, a gente atende quem precisa.”

A.14 – “Se ele tiver toda a documentação como RNE e o cartão SUS, é como se fosse um morador brasileiro. [...] Não, porque a gente tem que atender a todos.”

A. 15 – “Igual o brasileiro. [...] Não.”

A. 16 – “Todo momento a gente atende, eles tem direito a todo atendimento desde que eles esteja com a documentação, o RNE e o cartão SUS. [...] Não.”

A.17 – “É como o brasileiro, a diferença é que as vezes deixa de contabilizar. [...] Não.”

A.18 – “Igual ao dos outros, todos são atendidos da mesma forma, todos entram na frente da mesma forma. [...] Não.”

A.19 – “Atendimento normal, como pra outra pessoa. [...] Não.”

19) Como se dá o acesso ao SUS? e o acolhimento dele ? como o boliviano interpreta o SUS?

A.1 – “Tem que tirar a documentação e entrada com a receita federal, dando a entrada ai eles ganham la o numero do cpf, ai eles conseguem la na regulação fazer o cartão SUS, so que pra isso eles tem morar na nossa área também, pra gente poder fazer o acompanhamento, cadastrar ele entendeu, por que se ele vem e fica o período da tarde na casa da tia e volta pra Bolívia, ele não é paciente da área. [...] Igual eu comentei, ele é atendido como todos os pacientes, assim, a minha equipe, ela, eu sempre converso, oriento, porque temos que acolher todos os pacientes, independente da nacionalidade, só que todos os pacientes são tratados com respeito né, de acordo com a organização da unidade, então eles tambem tem chegar, eles sabe que eles tem que esperar a triagem, que eles vao ser atendidos, mas tem uns que não querem acordar, tem uns que acham que porque chegou agora e ele é boliviano, ele tem que ser atendido naquele momento e não é assim. [...] Alguns eu não sei direito, mas eu acho que eles gostam de um modo geral, porque é melhor pra eles entendeu. [...] Por questão de assistência. [...] Igual aqui, que pelo que eles falam: a porque aqui eu já chego e já atendido, já passa os exames, já agenda, já vai no laboratório, já faz aqueles que são legalizados, aqui se eles são registrados certinho, tem a documentação, ele tem um atendimento integral.”

A.2 – “Ele tem que ta cadastrado em um órgão federal, na nossa policia federal ne, ele faz um protocolo de entrada no pais, foto, data de validade, tem que ter um

endereço fixo na nossa área, ta cadastrado na unidade pelo agente de saúde, o cartão do SUS, nos não somos autorizados a fazer, só uma unidade que faz, que é a central de regulação, a gente encaminha, ele faz o cartão do SUS e o atendimento de agendamento é normal né, atendimento de rotina, ele entra na rotina normal como qualquer outro. [...] Da mesma forma, chega na recepção, pergunta do que ele precisa e o que a gente pode ajudar, ele diz se é agendamento ou se é urgência e a gente atende de acordo com a demanda do que ele precisa, não tem diferença. [...] Eu acho que eles pensam que o SUS tem obrigação de atender eles independente de onde eles vem né, então assim, se ele é um estrangeiro legalizado ele tem direito, mas eles pelo que relatam pra gente com certa agressividade aqueles que não são da área claro, as pessoas que aparecem de fora, que a gente é obrigado a atender eles independente de qualquer coisa, que aqui no Brasil a gente tem que atender e ponto final e a gente explica, que o atendimento é feito em caso de urgência, atendimento único e depois eles tem que procurar ou ele se legaliza aqui e se cadastra nessa unidade ou onde ele mora ou ele pode procurar na cidade dele o atendimento, assim como nos: se eu vou ate a Bolívia pra fazer um atendimento, eu não tenho esse atendimento gratuito que é feito no Brasil, tanto é que eu já paguei R\$50,00 por uma vacina antitetânica, que a minha irmã esqueceu de febre amarela, que minha irmã esqueceu de tomar quando foi viajar, então a gente atende muito assim, com frequência, vacina ne, mas tem que ter o cartão do SUS, mas quem que faz esse cartão é a central de regulação que emite o documento pra estrangeiro, mas assim, eu acredito que eles pensam que a gente tem que atender, não importa se ele mora ou se não mora, tem que dar material, então isso dai eu já tive alguns problemas com esse tipo de conversa, você explica, mas a nossa dificuldade de entendimento de língua as vezes é difícil né.”

A.3 – “Quando o paciente ele é boliviano, ele tem toda documentação certinha brasileira, ele reside em residência do Brasil, ele tem todo o atendimento igual ao brasileiro, não existe diferença. [...] É igual os outros. [...] Nem o brasileiro sabe direito o que é o SUS ne, mas as pessoas entendem que a assistência saúde ela é mais curativista, elas não pensão em prevenção, elas preferem pegar e tratar uma sarna, mas não quer cuidar do cachorro que ta com sarna. [...] Impotência. [...] Não.”

A.4 – “Através do.. a gente tem o acesso ao cadastramento da área, a gente cadastra através do cartão SUS, CPF, morar na unidade, residir no Brasil, a gente pede que eles tenham a permanência ne, o visto de permanência e ai eles tem livre

acesso. [...] É a mesma coisa, a gente vai acolher, vai fazer o atendimento, ver a queixa principal e dali a gente o que que tem que ser feito, pra onde vai e se vai encaminhar pra unidade do centro, sempre o final dele vai ser na unidade do centro. [...] Sim, eles reconhecem, eles questionam ne, mas eles entendem que a minha unidade não é uma unidade de referencia.”

A.5 – “Hoje o boliviano ele precisa ter ai, uma residência aqui no Brasil, ele precisa ter esse cartão SUS, hoje ele não e atendido se ele não tiver cadastrado no sistema único de saúde e com as documentações dele. [...] Exatamente, ele precisa ter. [...] Hoje pelo pouco que eu acompanhei, eu não trabalho no pronto socorro, mas pelo pouco que eu acompanhei la, eles so é atendido se estiver em situação de emergência, do contrario ele não é atendido. [...] O acolhimento não é bom, precisa ter ainda um trabalho muito voltado pra essa questão ai desse acolhimento com o boliviano. [...] Entao, como você havia perguntada anteriormente, o boliviano ele vem pra ca porque ele acredita que a gente é um sistema muito bom, pra ele é muito bom, porque eles não tem la esse sistema, então eles acabam vindo pra ca, mesmo sabendo que eles precisam ter esse documento, mesmo sabendo que eles precisam, eles inacreditam que da pra ser atendido mesmo sem a documentação.

A.6 – “É como eu te falei, ele precisa de documento, eu acho que depende muito do profissional, é o que eu te falei, a minha forma de trabalhar é trabalhar respeitando o principio do SUS, igualdade, universalidade, então pra mim não existe pessoa estrangeira e brasileira, vai ser atendido igual, precisa um ser humano, mas infelizmente sabe que nem todo mundo pensa assim, o que me prende fazer mais, é a burocracia, então assim, outra situação, a estratégia da família a gente trabalha com o publico dentro da área limitada, então a gente sabe que o paciente ele é boliviano, mora la em Porto Soares, ta hospedado aqui na casa da tia, ai precisa de atendimento eu faço, ai depois ele vai sumir, ai é difícil eu atender porque depois eu não consigo acompanhar mais, então eu acabo fazendo o primeiro atendimento e encaminhando pro setor responsável. [...] O acolhimento é feito igual pra todos como eu falei, o paciente chega a gente vai atender, vai procurar ajudar, resolver, encaminhar, isso não tem distinção. [...] É como eu te falei, acho que pelo fato dele ver que aqui pra ele, ele ve que o SUS funciona, que a gente tem atendimento de graça ne, então eu acho que isso acontece com eles.”

A.7 – “Primeiro ele tem que ter o documento do Brasil pra primeiro ele fazer o cartão do SUS, então com o cartão do SUS a gente consegue fazer o cadastramento dele

tudo aqui. [...] Igual o brasileiro. [...] Pra te falar a verdade, eu nunca perguntei se tem alguma queixa, eles falam que são sempre bem atendidos.”

A.8 – “Entao, a gente abre, a gente tem os agentes de saúde que fazem o cadastro se realmente eles tiverem a documentação, eles são orientados também, a recepção também é orientada, se eles tiverem a documentação exigida ne, que eles tiram la na federal, a gente faz como qualquer outro paciente, abre o prontuário, faz o cartão SUS, cadastra e faz o agendamento e faz o atendimento normal. [...] Da mesma forma que é feito com qualquer outro paciente. [...] Ah, é meio complicado essa pergunta, eu não sei como é o atendimento ou como seria o atendimento la no pais deles, mas a gente tenta explicar aqui, da forma como a gente faz, mas pra eu te dizer como ele ve esse atendimento eu não sei, aqui pelo menos problema eu não tive com nenhum.”

A.9 – “Esse acesso eles já vem, porque a gente conhece a nossa população, quando eu não sei aonde é, aonde mora, a gente investiga, os agentes vao atrás pra investigar, mas a grande maioria das vezes, eles já vem com cpf, já vem com cartão SUS, já vem pra atendimento, a gente ve muito isso nos PA's, nos pronto atendimento, ele já vem com toda essa documentação para atendimento, então não tem como você negar, tem cpf, ele tem cartão SUS e ele tem documento brasileiro e fala um espanhol arrastado, brasileiro não é. [...] É feito igualmente, é orientado, a gente procura saber o que ele deseja, o que ele ta procurando, se a gente tem condições de atender a gente atende, caso contrario a gente encaminha. [...] Eu vejo, eu acredito que eles veem o SUS como uma maravilha e eu acho que é, eu acho que é uma maravilha, o SUS é uma maravilha, o que acontece com o SUS é a grande demanda, é uma demanda muito grande e você não recebe um apoio por parte disso ne, você ve, se você vai num consultório particular você paga por todos os procedimentos de uma clínica, você vai no SUS, você não paga nada.”

A.10 – “Entao, quando vem boliviano, que é boliviano eles tem que fazer cartão SUS, acho que na central de regulação, a gente não faz entendeu, isso já é orientado, a partir do momento que eles já tao com cartão SUS, eles tem que ter aquele documento também ne, da receita federal, ai que a gente abre o cartão, faz o prontuário de tudo. [...] É na recepção entendeu, o boliviano chega e fala que quer marcar consulta, recepcionista explica tudo, orienta certinho onde que tem que ir pra fazer o cartão do SUS, os documentos que precisa, entendeu, a partir dai faz o

prontuário quando tiver tudo com esses documentos. [...] Um pouco sem responsabilidade ne.”

A.11 – “É igual eu te falei, eles tem que tirar, eles tem que ter o cpf, tem que tirar o cartão do SUS, como qualquer um, como ate os brasileiros. [...] Normalmente. [...] Eles acham que porque eles é da fronteira, que tem direito ne.”

A.12 – “É precário por causa disso ne, se eles tiver cadastrado pelo SUS, tiver a documentação que eles exige ne, porque la eles exige uma documentação do boliviano pra que eles possa fazer ne, a documentação, se tem boliviana que é casada com brasileiro ne, ai eles tem a tramitação la pra que eles ta fazendo esse cadastro. [...] Normalmente, igual os outros. [...] Como um utensilio no caminho dele, que atrapalha, porque ele ve que muito no momento que a gente solicita essa tramitação, eles não tem e eles tem dificuldade pra isso, ve dificuldade na burocracia.”

A.13 – “Eles tem que ter o visto de permanência, tem que ter a documentação deles brasileira. [...] Identidade deles, tem que ter casa. [...] Eu não tenho como responder por eles, mas acho que eles veem como uma benção pra eles ne, uma coisa gratuita, como la é tudo cobrado e pelo que ele falam, a qualidade não é tao boa assim, porque eles colocam o pessoa da faculdade agora pra tender, os estudantes de medicina.”

A.14 – “Ele tem que ter o visto dele no Brasil, o RNE, tem que tar atualizado e tem que ter o cartão do SUS, comprovar que ele reside aqui na minha área. [...] Como de todos, é orientado como funciona a unidade, o horário, o que é a unidade básica. [...] Ele não entende eu acho, que aqui a unidade básica, ela é preventiva, ele procura so na necessidade, pra pegar remédio, quando ta doente, ele não procura pra prevenir, essa é a grande diferença entre o boliviano e o brasileiro.”

A. 15 – “Olha, se ele não tem documento mas precisa de atendimento urgente, atende, mas se ele quer agendar exames, ai ele precisa ta lançado no sistema. [...] Normal, como os brasileiros. [...] Eu não sei, nunca perguntei, nunca me falaram. [...] Ah, eu acho que eles gostam do SUS.”

A. 16 – “Quando ele tem a documentação legalizada do Brasil, ai ele tem direito a fazer o cartão do SUS, se ele residir no Brasil ele é cadastrado ai ele tem direito a todos os atendimentos. [...] A gente tem um pouco de dificuldade em relação a língua, muitos não entendem o que a gente fala, mas a gente procura criar meios de

se entender com eles. [...] Impressão que eu tenho é que eles acham que eles tem direito também, mesmo não tendo documentação e nem morando no Brasil.”

A.17 – “Olha, é um acesso livre, espontâneo. [...] Na minha área é do mesmo jeito, do mesmo jeito que a gente acolhe o brasileiro, acolhe o boliviano. [...] Eu tive boas experiências com bolivianos.”

A.18 – “A gente padronizou, teve uma regra que todo mundo que era boliviano era pra fazer a carteirinha do SUS na central de regulação. [...] Eles tem acolhimento igualzinho os outros, eu não tenho distinção entre brasileiro e boliviano.”

A.19 – “Tem que apresentar carteirinha, o RNE, ai faz o cartão do SUS[...] Normal. [...] Tudo gratuito, muito bom pra eles, maravilhoso.”

a) O que você faz para garantir que os princípios e diretrizes do SUS sejam cumpridos?

A.1 – “Primeiro: acolhimento, humanização com a população, saber ouvir, o vínculo, usuário x unidade de saúde, a equipe tem que informar bem os pacientes, tem que orientar adequadamente os pacientes, não deixar ele perdido na área e sim, tem que ta orientando os programas que existe na unidade, como que é o funcionamento na unidade, entendeu, e tem que ter uma equipe interagida, que se a gente tem uma equipe que ela se interage, a gente consegue prestar uma melhoria da qualidade dos serviços aos nossos pacientes.”

A.2 – “Se a pessoa é brasileira né, assim como o sis fronteira, garante o atendimento das pessoas brasileiras que morando na Bolívia, agora sim, os princípios de igualdade é tudo pro brasileiro, la no programa do SUS, ele não garante que o morador que seja cadastrado nessa área, que reside na minha área ele tem que ser atendido de forma equalitaria né, integral, tudo, o morador que é cadastrado na minha área, então isso ai eu faço, eu acolho a pessoa, a gente e qual a necessidade que ela tem, independente se ela mora ou não na área, se for da área eu vou agendar e prestar o atendimento, se ela for de outra unidade a gente liga pra outra unidade e referencia o paciente pra la, mas no nosso caso de unidade básica, a gente atende as pessoas cadastradas na nossa unidade, fora da unidade é uma consulta única né, então garanto que a pessoa seja atendida, mas ela não vai dar continuidade no atendimento aqui, vai dar continuidade no atendimento dela em todos os níveis, primaria, secundaria, terciaria na unidade onde ela é moradora.”

A.3 – “O que tiver ao meu alcance eu faço, a minha equipe também.”

A.4 – “Infelizmente não depende so de uma única pessoa ne, eu penso que como ta escrito, deveria ser cumprido, mas eu vejo que não é, tem ainda as politicas que precisam ser melhoradas nesse sentido, uma vez que a gente faz fronteira com a Bolívia, precisa ser melhorado essa comunicação, esse relacionamento interpessoal, precisa trabalhar, a gente precisa trabalhar aqui na nossa cidade a questão mesmo do acolhimento, precisa melhorar muito, o profissional precisa entender que a gente não tem bandeira, quando a gente vai falar de atendimento a gente precisa entender que é um ser humano, independente se ele e boliviano, então ainda existe, precisa melhorar bastante a questão das políticas ai, precisa fazer acontecer.”

A.6 – “Eu acho que a forma da gente trabalhar com humanização, lembrar que são pessoas ne, então eu falo muito pra minha equipe assim: trate o usuário independente de quem seja, como se fosse alguém da sua família ne, então eu acho que quando você passa a ter esse olhar pra pessoa, você consegue acolher melhor, você não vai dar um não pra ela, não, não tem atendimento, você não mora aqui, você não e da nossa área, você vai receber como alguém faria se eu fosse recebido, então procura acolher e atender todo mundo, então dessa forma eu acho que conseguiria encaixar, eu acho que aquilo que ta no meu alcance que eu posso fazer, porque não fazer?!”

A.7 – “Em relação aos princípios eu acho que oferto o que eles vem procurar a gente sempre oferta, não tem nenhuma queixa de que houve o recurso.”

A.8 – “É como eu te falei, eu atendo os bolivianos da mesmo forma que eu atendo qualquer um outro brasileiro, não faço essa distinção.”

A.9 – “A gente foca justamente nisso, tem que manter isso na cabeça, é atendimento igualitário pra todos, como eu digo: ele é mae de todos, então todos tem direito.”

A.10 – “Todas essas orientações que a gente da ne, tem que fazer isso e isso certinho, mas muitas vezes não fazem ne.”

A.11 – “Acolhimento igualitário, é indiferente na verdade, pra mim não tem essa diferença, então...”

A.12 – “A gente tenta entrar nesse ritmo que eles solicita ne, do cadastro do SUS e todos tem que ter ne, o cadastro pra gente ter os princípios certinhos ne, porque se não, não tem como atender eles.”

A.13 – “Na verdade, eu penso mais na pessoa como um todo, se as necessidades da pessoa não são muito a favor do SUS, eu também não to muito preocupada não,

o que eu quero é que eles saiam daqui com uma resolutividade, então a gente tenta dentro do possível, fazer tudo de acordo com o que é solicitado.”

A.14 – “Ofertando todo o acesso dele a todos os programas que a gente tem, orientando, mas mesmo assim é difícil.”

A. 15 – “Ah, se ele chega eu atendo, mas a gente pergunta pra ele se é boliviano, pra não dar problema futuro.”

A. 16 – “Hoje a gente procura seguir as orientações que foi passado pra gente em questão da documentação.”

A.17 – “Diante de todo nosso trabalho corriqueiro, normalmente a gente procura atender dessa maneira igualitária que faz com que todos tenham o mesmo direito.”

A.19 – “Eu como profissional procuro tender a pessoa integralmente, independente de ser boliviano ou brasileiro.”

20) Este paciente reconhece o atendimento que lhe foi realizado?

A.1 – “Sim, assim, a gente nunca consegue agradar cem por cento, acho que é muito difícil, mas de um modo geral a população fala bem e procura nossos atendimentos, entendeu. [...] É, precisa ou porque, tem outros pacientes, que já, alguns que eu atendo, que são de outras áreas, mas porque a mãe mora aqui e a mãe gosta do atendimento que a gente presta aqui na unidade, a filha acha que ela pode se consultar aqui também e ela quer ser consultada aqui também. [...] Depende, se é uma gestante por exemplo, eu posso até atender, eu vou atender ela na verdade, so que vou fazer a referencia dela pra unidade dela, porque não tem como acompanhar uma gestante fora de área.

A.2 – “Olha, aqueles que são da nossa área, que eu já conheço a muitos anos, que são moradores de verdade aqui né, porque tem muito caso desses que não são moradores que fala que mora, ai eu mando o agente cadastrar e nunca viu, é terreno baldio, casa abandonada né, que mente o endereço ne, então esses que são acostumados a serem atendidos aqui, nunca tive reclamação, nem na ouvidoria sobre isso, porque o paciente deixou de ser atendido ou foi atendido de forma diferente, mas assim, se tem outro meio de calcular essa insatisfação eu não sei te responder.”

A.3 – “Em grande maioria não, alguns.”

A.4 – “Com certeza, muitos deles eles voltam pra agradecer a gente, pra te dizer: olha, foi legal, muito obrigada, eles trazem ate presente ne, trazem frutas, algumas coisas assim, o que eles tem ne, pra agradecer a gente. [...] Já, já passei.”

A.6 – “Difilmente (risos), eles acham que é obrigação mesmo de chegar, eles sabem muito dos direitos, mas esquecem dos deveres, essa e a maior dificuldade de todos nos profissionais.”

A.7 – “Verbalmente ou expressado, não.”

A.8 – “Sim.”

A.9 – “Alguns reconhece, outros não.”

A.10 – “Alguns reconhece, outros não.”

A.11 – “Quando eu atendi na upa, normalmente, foi classificado corretamente, não teve nenhum problema não.”

A.12 – “Reconhece, eles são muitos gratos, as vezes eles reconhece ate mais que o brasileiro, muito porque eles tem uma dificuldade muito grande de saúde la no pais dele, muito mesmo. [...] Já, ate de gestante mesmo, elas vem aqui: enfermeira, ve se você consegue um jeito de fazer o pre natal aqui porque eu não quero ter la, esses dias teve uma boliviana que foi pra Bolívia e teve o bebe la, acabou sentindo dor e acabou parindo la, só que agora a briga porque ela não quer que o filho seja boliviano, ela quer fazer a documentação do menino aqui, porque la é muito difícil pra eles a nível de vacinação, saúde, não tem essa assistência que a gente tem aqui pelo SUS e o brasileiro não valoriza, porque o brasileiro não valoriza o SUS, todo dia um briga daqui outro briga dali, eles não valoriza, enquanto tem outros no nosso pais vizinho que da a vida pra vir aqui, pra ter o SUS, pra ser atendido ne.”

A.13 – “Não, infelizmente não.”

A.14 – “Sim.”

A. 15 – “Reconhece.”

A. 16 – “A maioria reconhece.”

A.17 – “Na maioria das vezes.”

A.18 – “Alguns sim, alguns não.”

A.19 – “Fica feliz geralmente, eles ficam agradecidos.”

21) Existem acordos de cooperação internacional (formais e informais) na área da saúde em vigência com o país vizinho ?

A.1 – “Olha, eu não sei te dizer essa informação, eu sei que pra poder dar entrada, o boliviano tem que passar pela receita federal, legalizar a entrada tudo certinho, depois ele ganha o cartão SUS, entendeu, tudo vai, é esse acompanhamento certinho.”

A.2 – “Tem, em caso de atendimento de urgência, de atendimento de maternidade, ate ne, mas no serviço hospitalar, não no serviço de atenção básica, o serviço de atenção básica ele garante o atendimento e não importa se é boliviano, peruano, argentino, ele vai ter acesso ao serviço desde que ele seja residente na área de abrangência da equipe, na área que ele ta. [...] É um acordo ne, é um acordo. [...] Tem o SIS Fronteira ne, mas ele não é específico pra atendimento de estrangeiro, ele é específico pra atendimento de brasileiros que vivem na fronteira, mas assim tem uma quantidade de pessoas que se ela reside naquela região, a gente tem que garantir que ela seja atendida, agora, se ela não reside na área da minha abrangência, não tem como ter essa garantia porque eu não tenho cadastro. Não sei te falar assim, específico, so porque a gente não trabalha, quem trabalhava com o SIS Fronteira era a unidade do centro, eles funcionam pra atender essa demanda, tipo, boliviano que teve filho no Brasil e a criança precisa fazer teste do pezinho ou ser atendida de alguma outra forma, então essa criança por ser brasileira ela tem direito como outra qualquer.”

A.3 – “Sim, existe um, uma vez eu fui na Policia Federal pra me informar como seria esse atendimento do paciente boliviano que não residisse no Brasil, porque, la na própria policia, eles falaram que tem que dar entrada na documentação pra poder permanecer no Brasil, e o próprio Ministério da Saúde exige que pra que seja feito o cartão SUS tenha os documentos certinho da Policia Federal, se não ele não tem acesso a essa, agora se tiver qualquer pessoa estrangeira e acontece alguma coisa, como aconteceu acidente la na Bolívia e eles trazer tudo, eles é atendido igual brasileiro.”

A.5 – “Parece-me que estava assim, esse acordo era pra existir, justamente por conta dessa polemica, eu ate quando fiquei sabendo disso, fiquei: mas cade as diretrizes do SUS ne, la ta dizendo ne, dos princípios, das diretrizes, então não ta

sendo cumprido, se ele não pode ser atendido então alguma coisa tá errada né, então parece-me que tem sim alguma coisa nesse sentido aí.”

A.6 – “Eu soube há um tempo atrás pelo SISFronteira porque eu estava fazendo projeto pra tentar entrar no mestrado de estudo fronteirisse, então isso me fez buscar conhecimento, mas isso é passado pra gente.”

A.7 – “De saber, a gente não sabe, mas eu sei que a gente não pode negar um tratamento a quem chega até a gente né, só.”

A.8 – “Bom, o que a gente sabe é dessa parte burocrática que precisa ter né. [...] Ah, não, especificamente de acordo não, eu não sei”

A.9 – “Não, a gente ouviu muitas especulações mas ao certo, legalmente documentado, não sei. [...] Que realmente é fornecido pelo governo brasileiro, que existe um acordo de nível comércio, que nesse acordo existe a troca, no caso a saúde tá inserido nisso, a questão da educação também, o comércio, tudo inserido nesse acordo, é isso que a gente escuta, eu não sei porque nunca vi e ninguém me ensinou ao certo.”

A.10 – “Então, é, eu dou preferência no pronto socorro né, inclusive os pacientes que chega lá, os bolivianos que lá já quase em óbito no pronto socorro, eu pensei que tinha, que a Bolívia dava o recurso, mas esses tempo me falaram que não, que é acolho assim de amizade mesmo, isso foi o que me falaram, que não tem recurso nenhum.”

A.11 – “Esses dias que eu descobri que eu tava discutindo com um outro enfermeiro e tem um tratado de favor que acaba que inclui né, ele não era tão correto, era de bens materiais né e de consumo pequeno, comércio e acaba que não é bem definido e o pessoal acaba englobando a saúde né, é o que eu sei.”

A.12 – “Não, eu fiquei sabendo um tempo sobre o SISFronteira, mas só que eles falam pra gente não intervêm nisso, que isso aí não resolve, então fica assim, muito obscuro porque eles não informam pra gente tudo certinho.”

A.13 – “Isso eu não vou poder te responder porque eu não sei.”

A.14 – “Existe aquele acordo de atender urgência e emergência, não sei como chama o acordo.”

A. 15 – “Não, não sei.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Existe. [...] Eu não sei te explicar, mas existe.”

A.19 – “Sei que existe, mas não sei explicar sobre esse acordo.”

a) Há necessidade de se melhorar os serviços/atendimentos de saúde em função da procura dos serviços por estrangeiros?

A.1 – “Eu acho que a gente precisa da sala do dentista, que já em implantação, só que ainda não temos e depois, futuramente, nosso espaço próprio.”

A.2 – “Não, eu acho que o serviço, o principio do SUS é a igualdade ne, então se a pessoa mora na nossa região, na nossa área, se ela ta cadastrada, tem todos os documentos certinho, eu vou garantir que ela tenha acesso igualitário a todos os serviços como todos os outros brasileiros, né, agora serviço que a pessoa precisa de hemodiálise, e ela é estrangeira, não tem nada, nenhum documento brasileiro, é complicado, porque o SUS exige que o serviço seja prestado pra brasileiro né, então você não consegue cadastrar uma pessoa na hemodiálise sendo boliviano e morador na Bolívia, que não reside no pais, você não consegue cadastrar, mas é um serviço de auto custo, eu já não sei te dizer certinho como funciona.”

A.3 – “Sim, sim porque é uma demanda espontânea que não ta dentro do, é so a quantidade de leitos quando acontece alguma coisa no exterior e essas pessoas vem, se deslocam para atendimento, ela utilizam vagas, utilizam materiais, especialistas, tudo que sobrecarrega o sistema ne, e reduz a qualidade de assistência pra todos.”

A.5 – “Com certeza, urgentemente, ate pela questão também financeira ne, se o problema do atendimento ao estrangeiro, no caso o boliviano ne, ta tendo todo esse problema por conta financeira, precisa ser melhorado.”

A.6 – “Com certeza.”

A.7 – “Teria que ter, eu acho, mais uma referencia pra eles. [...] Porque muitas vezes eles acabam omitindo algumas informações por medo algumas vezes. [...] De negar atendimento ou eles acabam mentindo se a gente pede algum documento eles falam que não conseguem, que a Policia Federal não da ou porque ta ilegal, entao a gente fica meio com receio.”

A.8 – “Acredito que sim.”

A.9 – “Eu acho que deveria melhorar primeiro pros brasileiros, depois pro estrangeiro, eu acho que você tem que trabalhar a sua casa primeiro, dar condições de atender a sua casa, pra depois você pensar nos outros.”

A.10 – “Não, mesmo atendimento que a gente da aqui, tanto aqui no posto quanto no pronto socorro, é igualzinho, tanto brasileiro quanto boliviano, o que pesa muito, não aqui ne, porque aqui no pronto socorro é quando chega sem documento, essas coisas.”

A.11 – “Sim, porque a gente é sobrecarregado, não da conta nem da nossa população, então tem que definir na verdade, tinha que definir ou por números ou aumentar a estrutura, porque ai atende todo mundo sem diferença, porque não só por eles ne, para todos.”

A.12 – “Eu acho que sim, eu acho que todas as cidades de fronteira deveriam ter acesso, aos bolivianos, a qualquer um, deveria ter esse livre acesso, principalmente cidade de fronteira, porque queira ou não queira vai aparecer, os fronteiristas ne, os nossos vizinhos ai e eles não são diferente da gente, eles são igual a gente, eu acho que o atendimento teria que ser igual.”

A.13 – “Muito, bastante.”

A.14 – “A dificuldade de fala, de linguagem é muito deficiente. [...] Capacitar mais a equipe, orientar, muita gente fica na duvida de quem tem direito a atendimento e quem não.”

A. 15 – “Deveria melhorar.”

A. 16 – “Sim, precisa.”

A.17 – “Sim, de esclarecimento, inclusive desses tramites legais de atendimento.”

A.19 – “Sim, bastante.”

b) Você conhece o SISFronteira? O que você pensa sobre ele?

A.1 – “Mais ou menos. [...] Eu acho que eu não sei te dizer muito sobre esse assunto, eu acho que a gente consegue acompanhar o boliviano, mais do que a gente la, assim, é diferente, nos quando precisamos de um atendimento da bolivia, e eles quando vem pra ca.”

A.2 – “Conheço em partes, não cheguei a ler todo a norma, toda a lei né, que garante o repasse de recurso pro município de fronteira, relacionado a quantidade de pessoas que são brasileiras e moram na Bolívia, o trabalho, ate quantos quilômetros, isso eu não sei te dizer exatamente. [...] Olha, eu acho assim, que os brasileiros mesmo, que moram no estrangeiro, eu acho que eles usam muito pouco, porque se a pessoa já mora la em Santa Cruz, vamos supor ne, brasileiro que mora

la ele vai deixar de ser atendido, brasileiro que mora aqui em Puerto Quijarro, eu conheço a Suellen que é minha vacinadora, ela é brasileira e mora na Bolívia porque ela e casada com uma pessoa boliviana, então ela garante o acesso dela? Garante ne, porque ela e brasileira e mora ali, então ela e uma pessoa que posso te dar como exemplo, mas não sei te explicar especifico não, eu acho que todo mundo ta meio, não tem muito, se a gente trabalhasse numa unidade de referencia para estrangeiros, eu acho que a gente conheceria melhor porque seria nosso foco de trabalho, mas o nosso foco de trabalho na unidade básica de saúde, não é o atendimento a estrangeiro, é o atendimento a brasileiros, e os estrangeiros que são muito poucos ne, que moram na nossa área de abrangência.”

A.3 – “Sim. [...] Ele é um, fala muito sobre a saúde em relação a Bolívia, nosso caso ne, é o pais da fronteira, é pro atendimento que se tem pras pessoas que moram na fronteira.”

A.4 – “Conheço. [...] Eu acho que o programa foi mal divulgado, mal interpretado, pela própria gestão, pelo próprio ministério, porque fez muita propaganda no sentido de que seria a salvação das fronteiras sendo que o destino era qualificar a estrutura física da fronteira pra atender brasileiros que residem fora do pais ne, numa margem ai de 70/80km, porque, porque teoricamente não ha uma contribuição desses brasileiros dentro do SUS, dentro da gente, da politica, e se interpretou que era pra ser atendido todo e qualquer estrangeiro, ele vai atender o estrangeiro fortalecendo esses equipamentos, mas o objetivo é qualificar e dar acesso aos brasileiros que mora na fronteira.”

A.5 – “Não.”

A.6 – “Entao hoje eu já não sei mais te dizer como funciona, eu já li na época que eu tava preparando o pre projeto, mas hoje em dia eu já não sei mais nada. [...] Que é um projeto como você falou, de cooperação ne, de soma, de colaboração entre gestores, entre secretarias, entre governos, onde tem colaboração financeira pra gente poder custiar aquele atendimento, não so na área de saúde, mas educação, outras áreas pra atender estrangeiro na sua área, não sei se é isso, mas eu entendo dessa forma.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Não.”

A.9 – “Não.”

A.10 – “Não.”

A.11 – “Não, mas já ouvi falar. [...] É um sistema de dados ne, que abrange a tantos quilômetros do Brasil e pra Bolívia que faz um... [...] É, também, e também esse SISFronteira não é o que vem uma verba pra atender os estrangeiros.”

A.12 – “Não, não conheço o SISFronteira, eu só ouvi informações que era pra dar atendimento aos bolivianos aqui n Brasil.”

A.13 – “Já ouvi falar.”

A.14 – “Eu sei que existe, mas nunca vi.”

A. 15 – “Não.”

A. 16 – “Já ouvi falar.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Não.”

A.19 – “Já ouvi falar, não sei detalhado. [...] Acabei de falar, não sei detalhado.”

c) Você acha pertinente o retorno dessa política?

A.1 – “Sim”

A.2 – “Pra mim não tem nenhum impacto no meu serviço, pra mim não muda em nada, assim, a função talvez por recurso que o município deixou de receber, talvez assim, por questão política, talvez porque continua gastando com estrangeiro sem receber o valor que deveria, pode dizer que sim ne, mas eu não posso te dizer porque eu não sei nem quanto, nem como, nem quando, é, quem recebia esse valor, qual que era o acordo que tinha pra atendimento ne.”

A.3 – “Sim.”

A.5 – “Com certeza, ate pra melhorar essa questão ai do, pra tirar esse paradigma ne, de que ele não ta pagando ne, ele vem pra ca, a gente atende ele de graça, então acredito que acabaria isso.”

A.6 – “Claro.”

A.7 – “Sim, sim, porque a gente acaba absorvendo a procura.”

A.10 – “Com certeza.”

A.11 – “Não. [...] Na verdade tem que estabelecer o dinheiro pro município no geral, porque vai ta atendendo todo mundo o tempo todo, porque só essa verba, só pra isso, acaba que não faz diferença, não é o suficiente.”

A.12 – “Sim, com certeza, ate de outros se for melhor, pra melhorar esse atendimento ne, não digo assim: que o boliviano tem que ser atendido la em Campo

Grande, lá em outra cidade, mas em cidade de fronteira eu acho que deveria ter o livre acesso, aqui, lá em Ponta Pora, nas cidades de fronteira, pra que tivesse esse acesso, pra que não tivesse essa desigualdade, porque a vezes chega boliviano, eu quanto profissional não tenho problema, mas eu já vi boliviano chegar no pronto socorro e profissional falou que não ia atender porque é boliviano, trata eles assim, como se fosse diferente, eu já vi isso muito, isso acontece muito, principalmente aqui em Corumbá, e aí os boliviano coitado, sai como se fossem assim, um bicho de outra espécie e isso é muito desumano. [...] Da enfermagem, da enfermagem mesmo.”

A.13 – “Eu acho que sim, porque a gente tem um numero muito grande de pessoas que procuram, principalmente no pronto socorro.”

A.14 – “Eu acho, mas tinha que mudar muita coisa.”

A. 15 – “Sim.”

A. 16 – “Com certeza.”

A.17 – “Eu acho que sim.”

A.19 – “Sim, se for feito o acordo em parcerias com outros países.”

d) Quando ele funcionou, você teve treinamento e/ou capacitação sobre seu funcionamento ? se sim, como foi? Se não, (explicar).

A.1 – “Não.”

A.2 – “Não.”

A.3 – “So uma vez. [...] Foi, eles tavam iniciando as atividades, foi feito um dia, mas já faz bastante tempo, já faz mais de 5 anos. [...] Vagamente, não lembro, não sei, eu o que me confunde do SIS Fronteira, eu nao sei se o recurso vem do Brasil pra ser investido para atendimento dessas pessoas, ou se é como é dado assistência para essas pessoas.”

A.5 – “Não.”

A.6 – “Não, como eu te falei, isso não é levado pra gente, a gente trabalha sem saber.”

A.7 – “Não, nem sabia.”

A.10 – “Não. [...] Não, nem sabia que foi ativo alguma vez.”

A.11 – “Não, só ouvi falar conversando com uma colega de trabalho, por alto assim.”

A.12 – “Não, não tive.”

A.13 – “Não, não tivemos.”

A.14 – “Não.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Não.”

A.19 – “Não.”

e) O que te leva a pensar dessa forma?

A.3 – “È, meu ponto de vista, se aos gestores dos países vizinhos se unissem no mesmo sentido, ia ajudar muito, porque em contrapartida quando acontece algo com a gente, que a gente precisa de assistência de outro país, não tem a mesma assistência quando o estrangeiro é recebido no nosso país. Deveria ser igual, uniforme pra todos, mas não é.”

A.5 – “Pra que a gente, pra que os profissionais tirem essa questão de : ah, eles estão vindo aqui de graça, como se você, pelo que eu entendo é como se o boliviano vem pra ca e não, como ele não ta em nenhum sistema, não ta gerando recurso, então se ta no sistema, vai gerar recurso, então você não vai atender ele de graça assim, como as pessoas acham ne, vou atender de graça, então vai ta no sistema ne, vai ter ai os recursos pra esse atendimento, eu acredito que seja isso.”

A.6 – “Porque eu acho que no nosso país também tem as nossas dificuldades, a gente não pode abraçar todo mundo, a gente não pode acolher todo mundo sem ter algum tipo de retorno, porque se não, aquela velha historia que eu acabei de falar la dentro na outra entrevista, de descobrir um santo pra cobrir outro e a gente ta numa situação hoje no Brasil, muito difícil, mas e isso eu não falo de uma forma grande, eu falo o mínimo que a gente consiga, abertura, eu penso ate assim, em relação a estudo, os brasileiros que vao pra la estudar ne, e ai tem dificuldade de exercer a profissão aqui, então acho que isso seria também uma forma de troca.”

A.7 – “Então, em relação a ir a fundo, em ter fundos, em relação se eles usam e eles pagam, seria menos igualitário a gente ne. [...] É, entao, mas o governo teria o repasse, não que ele va pagar individualmente, mas é que nem a gente paga o imposto, oferta a saúde da gente, entao seria uma forma da gente acabar ajudando eles com o próprio recurso.”

A.9 – “Eu acho a própria questão da dificuldade que a gente tem em atender e a dificuldade que eles tem de procurar e ser atendido.”

A.10 – “Tudo, tudo, assim, o que eu acho é questão política entendeu, tem que começar la de cima, entendeu, é igual quando chega paciente no pronto socorro, aqui a gente não tem tanta dor de cabeça, tem assim, que eles conseguem endereço que eles não reside, mas no pronto socorro é uma dor de cabeça, tudo você percebe que é questão política, o que você percebe, quando chega la, tem medico que quer atender, tem medico que não quer, então cada um faz o que acha no prantao entendeu, então eu acho que tinha que vim la de cima ne, uma ordem ne, isso, isso, isso e isso, porque a gente sofre na hora que ta la, entendeu.”

A.13 – “Nós vivemos numa cidade onde a realidade é essa, a Bolívia ta logo ali e se eles vem pro atendimento pra tarem fazendo, a gente tem que melhorar.”

A.14 – “Porque eu acho pra valorizar mais o nosso trabalho, pra mostrar que a gente faz esse atendimento.”

A. 15 – “Eu acho assim, tudo que você faz, tem um valor, se você faz um procedimento você precisa ter um retorno do que foi usado ali, as vezes ta tirando do brasileiro e dando pro boliviano e a gente não ta recendo isso da Bolívia, não ta recebendo isso de volta, então sobrecarrega o Brasil desse jeito.”

A. 16 – “Olha, eu vejo assim, que hoje os bolivianos eles usufruem muito do Brasil, dos nossos recursos, do que a gente tem, visando o povo brasileiro.”

A.17 – “Porque eu acho que toda politica bem trabalhada, vem pra fortalecer nosso trabalho.”

f) Você acredita que o SIS Fronteira fortalece e organiza a ESF?

A.2 – “Se o dinheiro fosse usado pra isso, sim, se o dinheiro fosse usado especificamente pra isso, tivesse uma unidade referência pra esse atendimento, sem exigir aonde ele mora, de onde ele vem né, eu acho que sim, mas eu acredito que teria que ser um acordo mutuo em os dois países, porque assim como nos não temos direito a saúde, a ser atendidos la, também não e justo, eu falo assim, na questão que o nosso pais, nos trabalhadores a gente arque com o atendimento de estrangeiro de qualquer nacionalidade, sem a gente ter condições de financiar a nossa saúde do próprio pais, ne, se a gente vai financiar atendimento estrangeiro se a nossa própria saúde no Brasil não ta de acordo, então eu acredito que seja mais por causa disso que foi suspensa né.”

A.3 – “Sim, sim. Porque a gente, como a saúde da família, ela é território, você forma vínculos com as pessoas, quando você tem vínculo com as pessoas, é desumano você falar pra pessoa que agora não pode mais ser atendida, ela deixa de ser atendida aqui, pra ser atendida em outro setor, porque não ta dentro do alcance, se eu tiver que fazer uma visita domiciliar eu não posso entrar no território do outro.”

A.5 – “Eu acredito que sim, não conheço o programa, gostaria de conhecer, mas eu acredito que sim.”

A.6 – “Eu não sei, porque a estratégia de família ja é uma forma de trabalho, em relação ao SISFronteira, eu acho que daria abertura pra quando a gente recebe esses casos desses pacientes estrangeiros, eu acho que podia ter tipo um programa dentro da estratégia pra atender, não sei se existe, talvez tenha, mas a gente desconhece como eu falei, em relação a gestante, pra mim a minha maior dificuldade é atender uma gestante boliviana, porque ela vem pra ter neném aqui, pra ela poder usufruir de atendimento que ela não tem no pais dela e assim que ela tem neném ela vai embora e ela esquece que ela ainda tem que continuar fazendo acompanhamento, a gente ainda tenta informar ne, orientar, as vezes a gente também esquece de explicar sobre isso, mas eu acho que tem que ter um programa dentro disso aqui ou abrir uma unidade em Corumbá por exemplo, aqui especifico, é fronteira com a Bolívia, uma unidade para atendimento boliviano, que sei la, tivesse outro vinculo, mas a estratégia em si, a minha aqui, do pessoal aqui do Maria Leite, a gente pode abrir e pode atender como eu faço, mas acompanhar a gente perde, ai nossos indicadores ficam muito baixos, prejudica o trabalho da gente.”

A.8 – “Acho que sim ne, claro.”

A.9 – “Fortaleceria, porque ate uma questão que eu sempre falei, como é uma fronteira muita próxima e se criar justamente uma unidade de saúde pra atendimento só pra bolivianos?! Porque eles tem determinadas patologias que são inerentes a própria cultura deles, eu acho que isso ajudaria bastante, não no sentido discriminatório, no sentido de favorecer o próprio atendimento, eles terem aonde ir, porque as vezes vem pra ca porque eu to na casa de minha mae, uma parente em tal lugar, a gente norteia aquele lugar, a estratégia trabalha assim, mas você vai la e você não encontra aquela pessoa.”

A.10 – “Ah, com certeza, eu não conheço, mas pelo o que você ta falando, com certeza.”

A.11 – “Se fosse uma verba suficiente.”

A.13 – “Eu não vejo na ESF, eu não sei se ele teria alguma influencia, ai teria que ser dividido em alguma coisa ou colocar um locas especifico pra atender esse pessoal.”

A.14 – “Sim, se ele funcionasse sim. [...] Porque a gente teria uma noção no atendimento, poderia qualificar esse atendimento, vir mais verba pra investir nesse atendimento.”

A. 15 – “Ajudaria.”

A. 16 – “Eu acho que sim.”

A.17 – “Tambem.”

A.19 – “Sim, se tivesse funcionando sim, na medida que tivessem os recursos disponíveis.”

g) Se ele ainda estivesse em funcionamento, sua unidade teria capacidade para acolher a demanda?

A.1 – “Sim, só que assim, a nossa unidade tem a estrutura pequena, é um prédio alugado, então a gente precisa melhorar a parte de estrutura interna. ”

A.2 – “Não, não teria porque eu não tenho como acompanhar uma gestante que mora na Bolívia, meu agente de saúde ele cadastra e acompanha o paciente que, já trabalhei com isso já, era um caos, chegava exames de chagas alterado, exame de sífilis, exame de tudo quanto e coisa alterado e eu não encontrava mais essa mulher porque ela vinha na unidade, abria o cartão e desaparecia, ela voltava la entorno de 40 semanas pra ter o bebe, sem pre natal, sem nada, então é uma pessoa, principalmente na questão de programa, uma mulher que viria pro pais ter uma criança, sem pre natal, sem nenhum motivo, sem nenhum acompanhamento vinculada a minha unidade de saúde, eu não teria como cadastrar, como acompanhar uma pessoa.”

A.3 – “Olha, teria que fazer um plano piloto ai, não faço ideia.”

A.5 – “Com certeza.”

A.6 – “Aqui não, pelo fato de ser uma unidade desestruturada que atende duas equipes, então teria que ter uma reforma ate pra aumento, colocar mais profissionais porque a gente também não tem uma equipe completa, acho que uma mini equipe, um profissional medico, dentista ate não digo, mas uma enfermeira, medico, talvez

um agente de saúde, não sei te dizer, não parei pra pensar nisso, mas eu acho que teria que aumentar um pouquinho aqui, do jeito que ta não da.”

A.7 – “Olha, eu não sei porque a gente já acolhe uma demanda sem ter esse acordo firmado, entao se iria sobrecarregar eu não sei te informar.”

A.8 – “Bom, a gente já tem uma demanda bem grande de pacientes aqui ne, acredito que na minha unidade não.”

A.9 – “Desde que eles morassem próximo a unidade.”

A.10 – “Não, unidade muito espaço físico e não tem.”

A.11 – “Sim, porque a gente nem tem tanto aqui.”

A.12 – “Sim, com certeza, todas as unidades teria ne, mas acontece que nos da unidade, nos somo meio coagido ne. [...] Isso, então assim, nem que a gente queira as vezes atender, eles ficam assim, batendo naquela tecla, que a gente não pode atender os boliviano, que não tem como, que tem que mandar la pra central de regulação e la que eles vao resolver, então eu não sei como la eles resolvem a situação.”

A.13 – “Aqui sim.”

A.14 – “Sim.”

A. 15 – “A gente a atende, a gente tem capacidade pra atender a demanda porque a gente atende muito boliviano.”

A. 16 – “Não, hoje não.”

A.17 – “Depende, eu não sei porque varia da quantidade, porque depende, tendo a politica, faz com que eles sintam mais no direito ainda de usufruir do sistema ne.”

A.19 – “Devido a estrutura da unidade com duas equipes, não.”

h) O que você pensa sobre isso diante das diretrizes do SUS?

A.1 – “Olha, eu acho viável.”

A.2 – “Eu acho que pro Brasil funciona muito bem ne, desde que seja feito de acordo, que a gente sabe muito bem que no papel é uma coisa e na pratica é outra, então se tudo funcionasse de acordo com o ideal, seria muito bom, mas de acordo com o adaptado a pratica e a rotina, não funciona do jeito que tem que funcionar.”

A.3 – “São boas, mas se depende da vontade dos nossos dirigente.”

A.5 – “Muito bonita, só que infelizmente as pessoas esquecem dessas diretrizes, e as vezes elas colocam mais o que elas acham, o que elas pensam, o fazer delas ne, em detrimento a essas diretrizes.”

A.6 – “Eu acho que uma forma de universalidade, de atender a todos de forma igualitária ne, e seria ótimo pra gente, a forma como o SUS trabalha, como a gente coloca, porque ainda assim eu vejo que diante todas as dificuldades que a gente tem, nos profissionais do SUS a gente ainda é modelo de plano assistencial de saúde e em outro lugar eu não lembro de ter outro plano que atenda todo mundo de forma igual, de graça ne, e aqui por exemplo em Corumbá mesmo que é alvo de que nada funciona, de que tudo demora, mas não precisa ir muito longe é so ir em Campo Grande pra gente saber a dificuldade que é, então eu acho que pra atender junto com o SISFronteira é so um item a mais, uma forma de legalizar como eu falei, tem muito profissional que trabalha como eu, de atender, de acolher, de fazer, então é so organizar pra não interferir no trabalho da gente em relação indicadores que é o que é cobrado pela secretaria.”

A.7 – “Bom, acolhido, a gente acolhe, a gente consegue efetuar um tratamento, muitas só a barreira é a língua e a gente fazer o acompanhamento adequado, mas em relação a ofertar o tratamento, a consultar, a atender, a gente atende.”

A.8 – “Entao, como eu não tenho conhecimento muito sobre o SISFronteira, acredito que em relação ao SUS, essas diretrizes são, são, pelo menos em relação ao Brasil, elas são compactuadas, elas são, realmente, assim, eu falo por mim, tiro por mim, não sei te dizer que é o que a gente recebe as orientações e segue, mas eu acho que essas diretrizes são realizadas de forma correta, de forma a dar o atendimento que seja igualitário, entao eu vejo de uma forma ne, bem positiva.”

A.9 – “Existe um acordo? Existe repasses financeiros pra você dar condições de atendimento? Eu acho que não tem problema nenhum, porque o que não pode acontecer é de você dar condições a todos e não receber condições pra isso, porque ai você não atende gregos e nem troianos.”

A.10 – “Na verdade, eu não sou muito de ler entendeu, eu não sei direito, mas acho que tem haver com outro ne, os dois tem que andarem juntos.”

A.11 – “Que na verdade, tinha que ser mais fácil, tinha que ter a verba suficiente, a verba pra atender todo mundo, a estrutura, depois tinha que ser mais fácil pra tirar o documento, na verdade o que barra todo o processo de atendimento é a documentação que eles não tem e também estabelecer principalmente no pre natal

que da muito problema, chega no final da gestação, quase no parto, lá na maternidade sem nada, sem nenhum exame, tinha que ser definido então, se ela vai ter o parto aqui no Brasil, tem que fazer o acompanhamento todo, porque chegar lá, no final sobrecarrega a maternidade, que manda de volta pra unidade, a unidade não sabe o que faz, não tem nenhum documento.”

A.12 – “Deveria trabalhar essa situação né, de fronteirista né, junto, porque sempre vai existir isso, sempre vai ter essa briga né, sempre, muito importante, digamos que tem uma catástrofe ali no país vizinho ali, e lá em Quijarro mesmo, por exemplo, que já aconteceu, e onde eles vão pedir socorro? Pra Corumbá que tem um hospital né, e aí, vão chegar e vai bater a porta na cara deles? Não dá né, eu acho que deveria ser bem pesado isso aí, pra dar mais suporte pra esse pessoal.”

A.13 – “Eu acho que seria mais alguma coisa a estar acrescentando aquilo que já estamos fazendo, não vai mudar nossa rotina em relação as diretrizes do SUS, a gente vai acolher da mesma forma que já faz o atendimento.”

A.14 – “Que é o acesso né, todos, no caso cidadãos brasileiros né e se ele tá documentado no Brasil, eles tem o mesmo direito que todos.”

A. 15 – “Eu penso que já funciona porque os bolivianos é atendido de igual forma, igual os brasileiros, não tem diferença.”

A. 16 – “Eu acho que deveria ser reformulado né, hoje a gente trabalha com uma equipe mínima pra uma população fixa que a gente já tem.”

A.17 – “Ah, eu não sei porque eu tenho que conhecer melhor o SIS Fronteira.”

A.19 – “O SUS prioriza você atender estrangeiro, brasileiro, independente do SISFronteira ou não.”

i) Quais as prioridades das secretaria municipal de saúde na atual gestão?

A.1 – “Voltado pro estrangeiro eu não sei, até porque a gestão tá mudando agora, então tem que ver as políticas de como que vai ser.”

A.2 – “Eu acho até que essa gestão nova agora, tem até uma preocupação maior, eu acho que eles tá, não vejo ainda muita diferença da gestão anterior pra essa, assim, em questão de prioridades né, eu acho que continua do mesmo jeito, não vejo diferença não.”

A.3 – “Sim, seria continuar atendendo as pessoas da melhor forma possível.”

A.5 – “Hoje a prioridade seria os brasileiros.”

A.6 – “Entao, eu acho que não, eu como profissional da saúde, como enfermeira, eu trabalho em prol da saúde, pra mim saúde vai ser sempre prioridade, mas eu não sei se é essa a do momento.”

A.7 – “Em relação aos bolivianos não. [...] Eles passam pra gente que é melhorar o atendimento, aquilo de sempre, que é facilitar o trabalho.”

A.8 – “Eu nem sei te falar exatamente, porque a gente não tem muita acessibilidade a essas informações, quando eles passam pra gente algum tipo de modificação de atendimento, algum tipo de, a gente fica sabendo na ponta, como se fosse o ultimo a saber, a gente não compactua do que ta sendo, claro que depende muito da gente procurar ne, ler ou ver diário ou saber das noticias e tudo mais, mas a gente não é convocado pra participar de nenhum tipo de fato a ação, de forma de atendimento diferenciado, coisas assim as vezes a gente recebe ali no final, uma ordem dizendo: agora vai ser assim assim e assado, você vai ter que agir assim e assim então você não tem muita opinião que dar, so tem que fazer.”

A.9 – “Atualmente eu não vejo prioridade nenhuma, houve a questão da entrada de um gestor, outro foi a óbito, houve toda uma desestruturação e eles estão tentando reestruturar, organizar uma nova gestão, então atualmente a gente não tem perspectiva nenhuma, não tem informação de nada, a gente ta tentando construir alguma coisa.”

A.10 – “Não.”

A.11 – “Não, a gente participou da elaboração do plano no hospital de saúde ne, em oficinas, o plano saiu agora e ainda vai ser apresentado, então as prioridades estão ali ne, mas ainda não foram...”

A.12 – “No momento não sei.”

A.13 – “Eu também queria saber.”

A.14 – “Começou a discussão, mas ta muito no inicio, mas já levantou, dos 4 anos que eu to, não tinha nem discutido, agora começou discutir e a regularizar, antes era bem bagunçado, qualquer um fazia cartão do SUS, agora começou regularizar. [...] Não, eu não sei nem a gestão.”

A. 15 – “O que eles sempre falam pra mim nas reuniões, é pra atender todos, atender a livre demanda, não atender so consultas agendadas, é isso.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Eu acredito que seja a mesma ne, a prevenção a saúde, trabalhos com programas dentro da ESF, então eu acho que não mudou, a nossa gestão veio sempre pra fortalecer isso.”

A.19 – “O que eu sigo é o que é por lei ne.”

22) Existe algum critério pré definido para este atendimento?

A.1 – “Tem esse que eu falei pra você, da documentação, porque aqueles que não é, eles tem uma unidade de referencia, que antes era o UBS CENTRO agora eu acho que é o Gastão Noturno, que atende ribeirinhos, bolivianos entendeu, sem ponto fixo na área.”

A.2 – “Esses que eu já expliquei ne, se o boliviano ele vem pra essa questão de urgência, eles já sabem que eles tem que procurar pronto socorro ou upa, o upa eles não vao muito, é pronto socorro, se ele vai ser atendido em atenção básica, ele tem que ser cadastrado pelo agente de saúde naquela área onde ele vai morar, tem que ser legalizado, então os critérios são que ele more no pais, seja residente fixo e tenha os documentos de entrada legal, mesmo porque uma vez uma pessoa explicou pra gente, conhecido da policia, que a gente atender e acolher, porque somo funcionários públicos, a gente tem fé publica, se eu fizer um documento dizendo que aquela pessoa mora no endereço ou agente de saúde fizer um cadastro e ele não mora, eu to atestando que ele mora ali, então o que a gente faz é tem fe publica, então eu acho que a gente tem que exigir, se depois a gente acaba respondendo legalmente por receber estrangeiros ilegalmente ne, não importa da onde.”

A.3 – “Ultimamente os critérios são tudo por classificação de risco, então as pessoas que precisam mais, é prioridade de tempo, e atendido mais rápido, os que precisam mais passam na frente dos que precisam menos. [...] Não, na estratégia também, se tem um paciente que precisa de assistência mais que os outro, a gente vai mais vezes visitar ele, acompanha mais vezes, e se tem alguém que também, é, são as prioridades ne, a gente pega e prioriza pra ele ser atendido em menos tempo possível pra ele não ficar esperando muito tempo. [...] Independente, teve um paciente boliviano esse ano que ele sofreu acidente de moto que ele amputou a perna, obeso, mais de 150 kg e ele sofreu acidente, foi hospitalizado, foi pra Campo Grande, la teve a perna amputada acima do joelho, veio de ambulância pra

Corumbá de volta, quando ele retornou aqui pra mim, veio pra fazer o curativo, chegou andando so com um pe, com 150 kg, com ataque cardíaco, tava a mais de 150 batimentos cardíaco, tava com a saturação baixa, tava suando frio, ai e a perna dele extremamente inchada, ai liguei pro SAMU, veio, buscou ele, internou, teve toda assistência, teve alta, esse é um exemplo ne de paciente boliviano, continuei indo na casa, por isso eu falo da importância de ter acesso do seu território, da pessoa ter o documento, ele tinha endereço fixo, tinha a documento tudo certinho, ia la fazer o curativo nele porque ele já tava com o outro pe doendo do sobre peso, tava pulando, com dificuldade de locomoção e sarou, não teve mais complicações, emagreceu bastante e ate hoje ele reside na área, agora ele tem hipertensão, gente ta acompanhando ele como paciente de hipertia, normal.”

A.4 – “O critério que é se tem cadastrado na unidade ele é atendido.”

A. 5 – “Aqui da unidade, o critério é ele ser morador da área de abrangência, a área de atuação das equipes, ate porque ele precisa do agente comunitário pra ta acompanhando essa família, ele ter uma residência, ele ter um endereço, ele ter um cadastro e ele ter o cartão do SUS, esse é um critério pra ele ser atendido aqui, acredito que la no atendimento no pronto socorro também tem que ter isso dai.”

A.6 – “Não.”

A.7 – “Não, eu só sei que se eles não tem alguma referencia na cidade, é a unidade básica do centro.”

A.8 – “É como eu te falei, o critério seria ele ser legalizado no pais.”

A.9 – “Não, não tem. Ele é acolhido, é questionado o que ele deseja, se é da área ele é atendido, se não é da área a gente informa que ele precisa de documentação e precisa de um lugar, então a gente referencia a unidade de saúde de origem.”

A.10 – “Não, também não passaram nada pra gente não.”

A.11 – “Não sei.”

A.12 – “Não.”

A.13 – “Não, não, tem, não é pra atender, aqui na unidade de saúde não é pra atender.”

A.14 – “Eles ta documentado regularmente no Brasil.”

A. 15 – “O que existe definido é que se ele não tem documentação, ele primeiro tem que fazer documentação dele, que é la na regulação, a gente não pode atender eles se não tem as documentações.”

A. 16 – “Única coisa que eles passam pra gente é a questão da documentação.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Acho que não.”

A.19 – “Protocolo não existe na unidade de saúde.”

23) Há algum protocolo e/ou política para ser seguido neste atendimento?

A.1 – “Tem esse tipo de atendimento que a gente sabe, mas eu não sei se tem algum pra essa específico de protocolo.”

A.2 – “A gente segue o que é orientado pela Polícia Federal, estrangeiro em geral, que a pessoa que ela vai residir no país, temporário ou definitivamente elas tem que ter registrado, tem que ter um cartãozinho ou aquele permanente, visto de permanente ou aquele protocolo de 6 meses de permanência no país, um visto de entrada, então na saúde específico não tem, porque pra gente não faz diferença de onde vem a pessoa, ela vai ser atendida de qualquer jeito, desde que ela resida na área.”

A.3 – “Interno não.”

A.4 – “A portaria do Ministério 24889 que da diretrizes do cadastramento da saúde da família da área de abrangência.”

A.5 – “Na questão dos bolivianos eu acho que ainda tá em conversa aí, pra funcionar.”

A.6 – “Não,”

A.7 – “Formalizada não.”

A.8 – “Não, diferente dos outros não.”

A.9 – “Não, nenhum, nunca nos foi passado nada.”

A.10 – “Também não sei, se tem, nunca passaram pra nós.”

A.11 – “Não.”

A.12 – “Não.”

A.13 – “Não, tô esperando protocolo até hoje ser montado ou melhor eu tenho que montar o protocolo da nossa unidade.”

A.14 – “Não, aqui só verbal.”

A.15 – “Não, não tem.”

A.16 – “Não.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Não.”

24) O seu trabalho lhe proporciona que aprenda coisas novas?

A.1 – “Sim. [...] Capacitações né.”

A.2 – “Sim, porque tudo muda todo ano (risos).”

A.3 – “Sim.”

A.4 – “Sim, eu acho que a gente sempre tem as experiências novas, as vezes você aprende com seus erros, eu acho que o que eu tenho aprendido muito e uma coisa que tem sido muito trabalhado é a paciência então eu acho que a gente tem aprendido sim, tenho tentado ter um outro olhar.”

A.5 – “Sim, todos os dias. [...] Eu vim de um serviço publico, mas não na questão mesmo da unidades, então assim, o meu fazer hoje é diferente do meu fazer assistencial, então o que eu tenho aprendido, os protocolos, tudo que o Ministério da Saúde tem as plataformas, os sites, então são coisas que eu estou aprendendo, que tudo ta escrito ali, então tudo que eu faço eu tenho respaldo no fazer, na questão da cobrança, de como se portar, do que fazer, tem escrito, então são coisas que to aprendendo.”

A.6 – “Sim, todos os dias. [...] Aprendizado de pessoa a pessoa, eu trabalho, o enfermeiro, então assim, especifico do enfermeiro, a gente aprende tudo certinho, a parte teórica, doença, tratamento, cuidado, ai a gente vem pra parte que a gente trabalha com estratégia, a gente conhece o paciente, a família dele, a realidade dele, então isso traz um choque de realidade pra gente, você ter que adaptar tudo que você aprendeu de maneira científica é a realidade daquela pessoa, então também não é só isso, o fato de você trabalhar como coordenadora de equipe, eu trabalho com varias pessoas, vários profissionais, medico, dentista, agente de saúde, auxiliar de serviços gerais, então a gente aprende muito com esses profissionais, porque as vezes, não sei se é o meu caso, eu sinceramente não vou te falar porque a gente é ser humano e a gente erra bastante, mas eu vejo assim, que as vezes a gente aprende muito conciliar o serviços gerais que ele tem uma coisa nova pra te acrescentar, ele tem um conhecimento que você não tem, e ele quase não conversa com você por medo, ai você tem uma abertura, você senta pra tomar um café e ele te traz uma coisa que voce fala: caraca, eu não tinha pensado nisso. [...] Exatamente

eu assim, particularmente sou uma pessoa que fala pra caramba, eu falo com todo mundo, então assim eu consigo captar isso de todos.

A.7 – “Sim.”

A.8 – “Sim.”

A.9 – “Eu acho que cada dia é um aprendizado, a questão da gestão em oferecer, é muito pouca, as vezes acontece mas não é do meu interesse, então dentro do trabalho não.”

A.10 – “Mais ou menos, entendeu, por ser Corumbá, por ser uma cidade afastada, isolada, é difícil entender, igual esse pos que teve ne, do Sirio Libanes ne, nem imaginava que ia vim aqui, eu to aqui 9 anos, a pos que eu fiz, minha primeira pos que eu fiz foi quando eu tava em Cuiabá, depois nunca mais fiz, entendeu, questão de você sair daqui de Corumbá, ir pra Campo Grande, ai você tem que deixar seu serviço, tem que arrumar alguém pra fazer prantao pra você, entendeu, é meio difícil, complicado.”

A.11 – “As vezes um curso, só, mas a maioria não é realizado pelo município ne, o município as vezes o que ele faz é nos liberar ne, o tempo de trabalho pra poder ir.”

A.12 – “Não, porque a gente não tem tempo, a gente ate tenta aprender coisas novas, mas fica tao sobrecarregada com tanta coisa aqui, que as vezes dificulta.”

A.13 – “A gente tem experiências de vida, a gente tem diante de situações, mais fica pela metade porque as vezes você descobre alguma coisa que você não aprendeu, ai o medico vai e encaminha pra outro canto e não volta mais pra dar continuidade e ir aprendendo.”

A.14 – “Sim.”

A. 15 – “Não.”

A. 16 – “Sim.”

A.17 – “Muito.”

A.18 – “Sim.”

A.19 – “Na unidade de saúde não, so no pronto socorro.”

25) Você tem tempo suficiente para realizar suas atividades diárias?

A.1 – “Tento (risos). [...] Não, quando é no horário de serviço, geralmente a gestão libera a gente para poder participar das capacitações, e quando é fora do serviço

depende se a gente ta de plantão, se vamos conseguir trocar. [...] Se não acontecer nada de esperado, sim. [...] As vezes. [...] As vezes.”

A.2 – “As vezes sim, as vezes, depende da quantidade de trabalho que a gente tem todo dia, porque eu to falando em questão de, as vezes tenho que fazer um fechamento, então a demanda de paciente aquele dia é muito grande, eu preciso atender quem é prioridade, que é o paciente, então as vezes, as vezes, não. [...] Nunca, nunca, de jeito nenhum.”

A.3 – “Nem sempre. [...] Levo. [...] Sempre eu levo pra manter organizado, porque eu gosto da assistência, então quando e parte burocrática, eu deixo pra fazer em casa, é mais tranquilo pra mim poder dar essa atenção a mais pra pessoa ne.”

A.4 – “Não, devido a demanda que a gente tem na unidade, a falta de profissionais, hoje eu tenho o revezamento da minha equipe, então tem mais ou menos 1 ano e meio que a gente não consegue desenvolver atividades com uma qualidade bem maior do que eu já desenvolvi.”

A.5 – “Não, eu faço assim, nos intervalos, é o tempo que eu pego, faço uma xerox ne, de partes desses protocolos, o que a minha vivencia, por exemplo: atribuição do ACS, então eu tenho que dominar, quais são as atribuições, ate pra eu não cobrar deles o que eu não posso, então eu pego ai copio desses protocolos pra eu poder ta lendo. [...] Hoje não.”

A.6 – “Não, a gente tem um horário que é do emprego ne, 8h diárias e 4h por período e depende porque as vezes a demanda ta muito grande e eu não consigo atender todo mundo com a mesma qualidade, por exemplo: tem dia, eu atendo gestante na quarta feira de manha, faço a primeira consulta de enfermagem de pre natal, nessa consulta eu tenho que fazer anamnese toda da gestante, eu tenho que fazer o cadastro dela no SIS Pre natal, solicitação de exames, prescrição de medicação, de programa, avaliação dela, preenchimento de cartão, quando eu tenho 3 eu consigo fazer tudo, quando eu tenho 6/7, como acontece de vez enquanto, eu não consigo dar a mesma qualidade pra ultima como foi da primeira, então assim, a gente tem, e ai antes de atender elas eu tenho que fazer avaliação pra encaixe, classificação de risco. [...] Não, nunca levei, isso eu não faço de jeito nenhum, nem na minha melhor e nem na pior fase eu nunca levei, pra mim 17h eu encerro meu trabalho aqui, eu posso ficar preocupada, eu fico sem dormir ate pensando o que eu tenho que fazer no dia seguinte, mas levar pra minha casa pra fazer eu evito ao

máximo, mesmo que eu me atrase um dia pra entregar alguma coisa no prazo, mas eu não levo pra casa.”

A.7 – “Sim. [...] As vezes. [...] Geralmente quando ta próximo da entrega de relatório, final do mês.”

A.8 – “Depende, as vezes sim, outras vezes não. [...] Levo. [...] Quase sempre.”

A.9 – “As vezes não, as vezes sobrecarrega, você tem que dar assistência a um, a vezes tem que dar assistência a outro, você tem que atender o medico, você tem que atender a equipe, ai você falha em algumas coisa, ai você sobrecarrega. [...] Eu tento dividir isso dai e aos poucos ao longo da semana deixando pra fazer na semana seguinte, eu não costumo levar serviço pra casa.”

A.10 – “Não, olha o tanto de papel que ta em cima da minha mesa aqui. [...] Não, eu levo mas acabo nem fazendo sabia, eu levo mas não faço.”

A.11 – “Não. [...] Levo. [...] Sempre, minhas digitações, porque eu não tenho nem computador, nem internet, que horas eu vou fazer?! [...] Eu não tenho, aqui só funciona quatro computadores em rede, se eu for ligar o meu, cai o de todo mundo, ai eu tenho que digitar, ai eu acumulo e digito uma vez por semana em casa ou então de manha quando a recepção ta vazia. [...] Não, eu levo a noite, ou no plantão a noite, vou no computador e digito.”

A.12 – “Não, o tempo não da, sempre um montueiro de serviço aqui que vai amontoando, porque não tem como, as atividades burocráticas vai ficando encostada, as atividades de ações a gente consegue. [...] A gente leva, acho que todos nos levamos serviços pra casa. [...] Todos os dias, eu no momento não to levando serviço pra casa mais porque eu to sem internet em casa, por isso ta tudo amontoado meu trabalho aqui e nossa internet aqui é muito lenta, mas assim, todos que tem internet em casa, leva serviço pra casa, aqui eu acho que esse problema de internet, todas unidades aqui tem problema de internet, acho que nenhuma unidade é 100% de internet.”

A.13 – “Tenho, a gente tem que aprender a conciliar.”

A.14 – “Não. [...] Levo pra casa. [...] Na maioria das vezes. [...] Cansada.”

A. 15 – “Não. [...] As vezes. [...] As vezes.”

A. 16 – “As vezes. [...] Sim. [...] Cada 15 dias.”

A.17 – “Tenho. [...] Não.”

A.18 – “Não.”

A.19 – “Sim. [...] As vezes.”

26) Qual é sua jornada de trabalho semanal?

A.1 - "8 horas diárias. [...] De segunda a sexta na unidade de saúde. [...] Sim. [...] Depende da escala né, as vezes por exemplo eu faço 2 plantões por semana, 1 de 6h e 1 de 12h. [...] Mais ou menos, é porque depende da escala, as vezes tem semana que você faz 1 plantão, tem semana que as vezes eu preciso trocar ai faço mais de 1 plantão, entendeu, tem semana que é mais puxada, tem semana que é mais tranquila."

A.2 – "Das 7h as 11h – 13h as 17h.

A.3 – "40 Horas."

A.4 – "A gente faz 30 horas semanais."

A. 5 – "40 horas semanais. [...] Acredito que da umas 80 horas semanais de trabalho. [...] Agora ainda não, so o meu trabalho mesmo de aula ne e de acompanhamento."

A.6 – "São 40 horas, 8 horas diárias."

A.7 – "8 horas por dia, são 40 horas."

A.8 – "40 horas. [...] Só nos PA's, mas não todos os dias."

A.9 – "40 horas aqui e mais entorno de 10/15 horas fora, 55 horas."

A.10 – "8 horas, semanal 40 horas ne, na estratégia saúde da família e tem uns prantos, igual essa noite eu tava de prantao no pronto socorro, entendeu, então, ai tem mais os prantao, as vezes é 2 prantao por semana, depende como sai a escala."

A.11 – "40 horas. [...] Mais de 60h, 64 horas semanais."

A.12 – "40 horas. [...] Normalmente eu não extrapolo muito com plantão não, não faça nada pra eu me cansar enlouquecidamente não, igual normalmente eles fazem, eu normalmente é 1/2 plantão por semana, nada mais que isso."

A.13 – "40 horas semanais. [...] Umas 76 horas."

A.14 – "Na estratégia são 40 horas, mas da ate 60/70 horas por causa dos plantões."

A. 15 – "40 horas."

A. 16 – "Hoje são 40 horas pela ESF, mas em media umas 20 horas de plantões, uma media de 60 horas por semana."

A.17 – "30 horas, mais os plantões esporádicos. [...] Seria uma medica de 78 horas."

A.18 – "40 horas."

A.19 – “8 horas diária no ESF e plantões 12 horas upa segunda feira e mais 6 horas no ps quinta, uma quinta 6 horas outra quinta 12 horas, intercala e domingo 6 horas na upa.”

27) Você se considera capacitado para atender os bolivianos? E os brasileiros?

A.1 – “Sim. [...] Também.”

A.2 – “Sim, considero. [...] Também.”

A.3 – “Sim. [...] Também.”

A.4 – “Não e sim, o não é pelo fato de que a gente não tenha referência pra unidade ne, de você encaminhar eles e o outro não é a questão da língua, que é o castelhano que muito das vezes vem muita gente de Santa Cruz, que é um castelhano diferente da fronteira, então as vezes a comunicação fica difícil. [...] Sim, sim, eu acho que a gente consegue resolver bem mais por ser brasileiro, por ter o SUS, por tar aqui eu acho que a gente consegue desenvolver melhor.”

A.5 – “Não. [...] Sim. [...] Por conta da língua, a língua hoje é um fator que dificulta, apesar de que hoje eles estão já bem mais habituados com a nossa língua do que a gente com a língua deles, então eles tem uma compreensão maior da nossa língua, do que a gente com a língua deles.”

A.6 – “Bom, dentro do atendimento da minha profissão sim, mas dentro de programas, de normas, como você perguntou do SISFronteira, não. [...] Sim.”

A.7 – “Capacitada assim, que eu fui capacitada não, a gente atende como a gente conhece. [...] Só de vez em quando, quando eles vem, que eles não tem a vivencia com o português, só isso, a linguagem. [...] Sim.”

A.8 – “Sim. [...] Também.”

A.9 – “Não sei se seria a questão de capacitada, porque eu não faço distinção entre o atendimento dele e do brasileiro, eu fui capacitada pra atender brasileiro então do mesmo modo eu atendo boliviano, não sei se existiria nesse caso um tratamento diferenciado, a não ser a questão da língua, do idioma, mas o tratar realmente.”

A.10 – “Sim (risos.) [...] Também.”

A.11 – “Não, capacitada não. [...] Ah, não sei, porque não tem um protocolo, a gente atende como atenderia qualquer um, qualquer cidade do SUS. [...] A gente já teve cursos pra isso.”

A.12 – “Sim. [...] Também.”

A.13 – “Tirando as dificuldades da língua, sim. [...] Também, estudei pra isso.”

A.14 – “Não. [...] Porque eu sei muito pouco da cultura, da língua. [...] Acho que diariamente.”

A. 15 – “Sim. [...] Sim.”

A. 16 – “Não. [...] Sim.”

A.17 – “Me considero. [...] Também.”

A.18 – “Só não capacitada em relação a espanhol. [...] Acredito que sim.”

A.19 – “Atenderia como eu atendo os brasileiros.”

28) Você recebeu algum tipo de treinamento para realizar seu trabalho?

A.1 – “Sim.”

A.2 – “Já, depende do trabalho, depende do treinamento, capacitação, quando a gente entra a gente vai recebendo aos poucos a educação de permanente que chama.”

A.3 – “Humm, de estrangeiros não.”

A.4 – “Quando a gente entrou ne, quando eu entrei, a gente, a equipe inteira ela foi capacitada na saúde da família, então a gente fazia um curso introdutório do qual a gente, a equipe foi capacitada, mas houve a mudança, mas os agentes, hje tem novos, então eles estão aprendendo no dia a dia, então assim, precisa de novo ter uma capacitação.”

A. 5 – “Não, nenhum.”

A.6 – “Não.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Sim, mais ou menos, não necessariamente em tudo que você necessita, mas em algumas coisas sim.”

A.9 – “Eu tive dificuldade, porque como eu te falei, eu vim de uma época que não existia programa de saúde, então eu tive que correr atras, tive que aprender no dia a dia, tive que me especializar nisso, estudar ne, pra poder trabalhar da melhor maneira possível.”

A.10 – “Entao, quando eu cheguei a 9 anos atrás eu não sabia nada de estratégia de saúde da família, que eu sempre trabalhei em hospital, ai eu fiquei com minha

própria colega da unidade, ai ela foi me passando algumas coisa, mas treinamento mesmo, não tive.”

A.11 – “Do posto não, só dos plantões, a gente fez curso de classificação de risco.”

A.12 – “Já, vários. [...] Capacitações que a gente tem ne.”

A.13 – “Recebi, aqui eu recebi. [...] Capacitação.”

A.14 – “Não.”

A. 15 – “Muito pouco.”

A. 16 – “Sim.”

A.17 – “Já, varias vezes.”

A.18 – “Não.”

A.19 – “Quando eu entrei, treinamento não, eu fiquei dois dia acompanhando uma enfermeira que ia entrar de licença maternidade.”

29) Você tem liberdade de pensamento e conduta nos seus atendimentos durante sua rotina de trabalho?

A.1 – “Uhum, tenho.”

A.2 – “No meu serviço aqui, sim, mas em relação do que vem da secretaria pra ca, não, raramente.”

A.3 – “Tenho.”

A.4 – “Sim, tenho.”

A.5 – “Raramente.”

A.6 – “Depende, porque algumas coisas ai sai da ética, então assim, as vezes a gente pensa que podia isso, ate uma forma positiva pro paciente.”

A.7 – “Sim.”

A.8 – “Sim.”

A.9 – “Tenho.”

A.10 – “Tenho.”

A.11 – “As vezes, a gente pode, mas tem que seguir o protocolo, pode as vezes mudar a maneira com que você atende, mas o protocolo tem que ser o mesmo, vai ter que abrir, vai ter lançar no sistema, vai ter que apresentar na data.”

A.12 – “Sim.”

A.13 – “Tenho.”

A.14 – “Tenho.”

A. 15 – “Sim.”

A. 16 – “Parcialmente.”

A.17 – “Tenho.”

A.18 – “Sim.”

A.19 – “Sim.”

30) Com que frequência você trabalha com rotina exaustiva?

A.1 – “Depende, as vezes por exemplo, a gente sai de um plantão ai vem pra unidade, ai vai em outro ai volta pra unidade, quando coincide de ser, de você estar de plantão. [...] Geralmente 1 vez por semana, 2 vezes por semana, ai as vezes junta com os processos burocráticos que tem aqui, as vezes você tem muitas coisas pra resolver burocrático, outras vezes você tem que atender o paciente também, as vezes a técnica não ta, entra de férias, ai você tem que atender o paciente, tem que triar, tem que resolver a papelada, tem que atender a equipe, entendeu, você tem que organizar ações na comunidade, as vezes sobrecarrega nesse sentido.”

A.2 – “Eu acho que assim, as vezes, depende, sexta feira é um dia que eu fico cansada porque eu atendo uma quantidade grande de pacientes que são hipertensos e diabéticos que são do programa, então essas pessoas, eles vem na unidade não pra fazer um atendimento de saúde, eles vem pra pegar medicamento, eu acho que essa questão de eu ter que entregar o medicamento pra eles que foge da minha linha de trabalho, que a entrega de medicamento, isso acaba gerando um aumento a mais de trabalho, ai fala: a mais o paciente tem que ir na farmácia buscar e verificar pressão, mas se eu desvinculo a entrega do medicamento pra verificar pressão, o paciente não volta no posto, a sexta feira eu acho que a gente fica cansado, todo mundo ne.”

A.3 – “Uma vez por semana, um dia talvez.”

A.4 – “Ah, todos os dias”

A.5 – “Todos os dias, a rotina é exaustiva o tempo todo.”

A.6 – “Nossa, acho que quase todo dia.”

A.7 – “Não, exaustiva não.”

A.8 – “Ah, na proporção de 5 dias da semana, acho que 3 são bem exaustivos.”

A.9 – “Você trabalhar na saúde já é exaustivo, dependendo das condições que você, a gente atende de 50/60 pacientes por dia, então ela é exaustiva, ela é cansativa e

ela é corrida, porque não é só o atendimento assistencial, você tem a parte administrativa, então a jornada de enfermagem ela é exaustiva sim. [...] Sempre, quase sempre.”

A.10 – “Quase sempre.”

A.11 – “Sempre. [...] Não, segunda, terça e sexta, são os piores dias. [...] É.”

A.12 – “Todos os dias (risos).”

A.13 – “Muito pouco, não tem uma frequência assim não.”

A.14 – “Duas vezes na semana.”

A. 15 – “As vezes, acho que só umas duas vezes na semana que ta mais tranquilo.”

A. 16 – “Semanalmente.”

A.17 – “É raro, na verdade as vezes o que mais me deixa exausta, é o ambiente, o calor, a estrutura.”

A.18 – “(risos) Segunda a sexta feira.”

A.19 – “Raramente.”

31) Você considera que existam insumos suficientes para executar sua assistência e oferecer os serviços disponíveis? Se não, como você se sente diante das condições de trabalho que estão disponíveis?

A.1 – “O suficiente não. [...] Olha, eu tento desenvolver as ações da melhor forma, mesmo com as dificuldades. [...] As vezes. [...] As vezes, dependendo que eu vou fazer alguma ação, por exemplo eu compro uma pilha, porque eu não vou ficar esperando ate surgir uma pilha pra poder ligar um ar condicionado, pra poder ligar um otoscopia.”

A.2 – “As vezes. [...] Um pouco frustrante as vezes, porque o paciente vem pra pegar um medicamento e eu tenho falado pra ele assim: olha “tiozinho” hoje eu não tenho esses três medicamentos que o senhor toma pra entregar pro senhor ne, ai o paciente ele entende, dificilmente a pessoa fica agressivo, xinga, já passamos dessa fase já faz tempo, so que ai a gente marca, pra vir tal dia, pra ver se chegou o medicamento ne, então ultimamente, não tem tanta essa falta de medicamento como já tivemos em algumas épocas do ano, [...] Olha eu acho que assim, pro trabalho básico eu acho difícil faltar assim material que as vezes falta por um período curte, porque ou tem no almoxarifado e aquela demanda, aquele mês foi maior, ou chegou material e eles não tiveram tempo de dispensar, mas eu acho

assim, que falta alguma coisa que me impeça de trabalhar eu acho que não tem com muita frequência não.”

A.3 – “No momento sim, mas há momentos que não tem os insumos e a gente fica aguardando as licitações. [...] É, eu me sinto sem, muito limitada na verdade.”

A.4 – “Não, hoje a secretaria de saúde não nos permite isso. [...] É uma frustração, porque na verdade a gente quer fazer um bom atendimento e a gente para na burocracia e na falta de equipamentos.”

A.5 – “Não, esse é o fator que causa maior desgaste, porque você precisa fazer o trabalho, como por exemplo: o programa hiperdia, que a demanda é maior, você precisa atender e muitas vezes você não tem o medicamento, muitas vezes voce não tem o formulário, muitas vezes você não o instrumento que você precisa, então é cansativo, o paciente não quer saber se você tem ou não, você tem que dar conta de ter ali o dia que ele vai ser atendido. [...] Frustrada.”

A.6 – “Não. [...] Eu me sinto desmotivada, impotente ne, porque isso não depende da gente, agora inclusive eu to com esse problema, porque eu entreguei o relatório do pedido de material mensal e a gente tem que manda direto no almoxarifado e como eu tinha reunião na prefeitura, eu fui levar meu relatório mensal, acabei colocando junto e deixando na secretaria e era pra enviar ate dia 11 no almoxarifado e esse pedido se desviou, eu liguei na coordenação, minha coordenaria disse que ia enviar, eu acho que ela não enviou porque eu liguei e a pessoa responsável pelo almoxarifado disse que não recebeu e ele falou que era pra enviar ate dia 11 então esse mês eu não vou receber a medicação que eu pedi e nem material e tem medicação e material que eu não tenho.[...] Eu já comprei, hoje em dia, nesses 10 anos eu to cansada, eu peço pro paciente comprar, dificilmente eu compro, depende do que, eu comprei recente pra visita do pemac todo material de escritório, que o almoxarifado faz uns 5/6 anos que não tem um eva, não tem uma cartolina, esse material todo eu saio pra comprar do meu bolso, inclusive agora tem 2 meses eu deixei a unidade pronta pra receber avaliação pemac, sai pra comprar eva, comprei isopor, gastei R\$ 150,00, não é um absurdo, mas eu tirei R\$ 150,00 do meu bolso pra comprar material de trabalho que o almoxarifado não tinha disponível pra mim e eu tinha que fazer se não ia ser cobrada.”

A.7 – “As vezes. [...] É frustrante porque você quer ofertar o trabalho mas não tem insumo. [...] Diariamente eu peço pro paciente aguardar que eu vou tentar resolver e quando eu não consigo eu tento passar pra coordenação as dificuldades.”

A.8 – “Não. [...] As vezes bate uma frustração ne, você quer as vezes fazer o melhor atendimento mas você não tem estrutura, você não tem material, não tem insumos suficientes. [...] Raramente a gente consegue fazer um atendimento 100%, entao praticamente sempre falta alguma coisa.”

A.9 – “Não. [...] É essa a questão, é ai que eu fico frustrada, entendeu, a gente trabalha com hipertenso, você trabalha com diabético, você trabalha com gestante, você tenta ensina-lo, orienta-lo da melhor maneira possível, um medicamento, alimentação, mas você não tem aqui, falta uma medicação aqui, falta outra ali, ai eu não tenho esse material, hoje por exemplo eu não tenho soro fisiológico pra fazer um curativo, ai me chega um paciente, sem condições nenhum, ai não tenho o que fazer, eu não recebi o material, eu não tenho material, esse é frustrante.”

A.10 – “Não, as vezes falta. [...] É mais complicado, você tem que expricar, tipo assim, medicação de hiperdia ne, paciente vem aqui todas sexta feira, ai chega e ta faltando, ai você tem que expricar, é constrangedor entendeu, o paciente as vezes olha pra você assim, meio desconfiado, entendeu.’

A.11 – “Não (risos), não tem. [...] Frustrada, não tem o que fazer. [...] Tira do bolso, que nem esses dias fui fazer um curativo e não tinha soro, não tem soro na saúde, compramos ate chegar.”

A.12 – “Não. [...] A gente se sente fragilizada ne, é difícil, a gente nunca tem material suficiente pra gente ta se comprometendo com a nossa demanda ne.”

A.13 – “Não. [...] De pé e mãos atadas, eu já cheguei a comprar collagenasi, fribrase, pra mim fechar a ferida, que eu já não aguentava mais, já era 3 anos tentando fechar a ferida do paciente e eles não disponibilizaram o material e eu comprei e fechei, isso é desgastante, mas a gente vai la e faz, é compensador você ver a felicidade num rostinho.”

A.14 – “Sim.”

A. 15 – “Agora começou a faltar, ate então estava certinho. [...] Ah, você não consegue trabalhar ne. [...] De frustração.”

A. 16 – “Não. [...] Eu sinto que a gente tem falta de matéria, equipamento, manutenção de aparelhos e isso dificulta o atendimento.”

A.17 – “Não. [...] Eu adapto ne, procuro não deixar isso influenciar na qualidade da minha assistência, mas é difícil.”

A.18 – “Não. [...] É nisso que eu me revolto, tem horas que eu rodo, rodo, rodo e não consigo fazer nada.”

A.19 – “Suficiente nem sempre. [...] É complicado, você quer fazer uma qualidade de atendimento melhor, mas nem tudo depende de você, umas coisas depende de outra pessoa.”

32) Você considera que é bem remunerada?

A.1 – “Não, tanto é que recentemente, esse mês, já veio menos ainda.”

A.2 – “Não (risos), pelo trabalho que executo nossa remuneração deveria ser pelo menos o dobro ne, porque assim, pelo menos igual ao do medico, igual ao dentista, porque o trabalho que a gente executa, a quantidade de pessoas que eu atendo, em relação ao dentista é 5/6 vezes maior, em relação ao medico é 3 vezes maior, a quantidade de pessoas que eu atendo ne, e sem contar que a gente acolhe todo mundo que chega, a gente acumula ainda mais a questão da gerencia, então eu acho que deveria ser um valor igual pra todo mundo de cada nível ne, superior, médio que também tem essa diferença, o técnico de enfermagem é muito mal pago, fica fazendo 500 plantões, e ai a pessoa acaba que chega cansada no trabalho, então eu acho que não, eu não sou bem remunerada.”

A.3 – “Sim”

A.4 – “Poderia melhorar.”

A.5 – “Não. [...] Mesmo tendo dois vínculos.”

A.6 – “Não (risos).”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Não.”

A.9 – “Não (risos), nenhum pouco, péssimo.”

A.10 – “Não, pelo que a gente faz não, porque na estratégia de saúde da família, nos somos assistente e coordenadora ne, tipo assim, uma lâmpada que queima você tem que se virar, igual ontem, queimou uma lâmpada da sala da doutora, ai não tinha como eu atender, eu por conta própria liguei la na manutenção pessoal veio e eu que comprei a lâmpada entendeu, eu sei que não deve fazer isso, mas se fosse esperar a prefeitura, não sei o que, não sei o que, entendeu, é muita responsabilidade pra nos coordenador.”

A.11 – “Não, não considero não (risos).”

A.12 – “Não.”

A.13 – “Nenhum pouco, se eu fosse bem remunerada não estava precisando fazer SAMU nem pronto socorro.”

A.14 – “Não, pelo tanto que a gente faz.”

A. 15 – “Não.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Eu não tenho o que reclamar do meu salario

A.19 – “Não.”

Relações Sociais

33) Como sua chefia lida com a procura dos bolivianos pelos atendimentos na rede do SUS da sua área?

A.1 – “Olha, eu acho que normal.”

A.2 – “Não faz diferença, não faz pra gente, a procura de boliviano, brasileiro, de qualquer, é a mesma coisa desde que siga aqueles requisitos. [...] Sim, a diferença é que eles tem um local pra fazer documentos oficiais, cartão, eles tem que ir na central de regulação, mas o atendimento é normal.”

A.3 – “Ate onde eu sei, não vejo que cause nenhum impacto, é normal.”

A.4 – “Eles são indiferentes.”

A.5 – “Eu ainda não conheço muito bem a minha chefia, ela é bastante ausente hoje da unidade, pela questão da mudança de prefeito, tudo mais, por ser final de ano, então eu não tenho muito esse conhecimento ainda dessa parte.”

A.6 – “Indiferente, se tiver que atender ou não atender, pra eles não faz diferente, só vai fazer diferença quando esse boliviano fazer uma reclamação na ouvidoria ou ir na secretaria questionar porque não foi entendido, ai por politica eles nos obrigam atender, mas não sabem porque, não querem saber, não oferecem recurso, apoio, nada.”

A.7 – “Não interfere.”

A.8 – “Acho que, eu acredito que eles, a gente não da uma importância muito grande pra esse tipo, entao eu pelo menos ate hoje não tive nenhum tipo de critério ou conversa em relação a esse tipo de atendimento especifico.”

A.9 – “Eu não sei como é que eles fazem isso.”

A.10 – “Na verdade nem sei o que eles acham, eles nunca comentaram sobre isso, só passa assim, que quando é boliviano que não tem cartão SUS, essas coisas, tem que orientar pra ir la fazer cartão SUS, ai tem que ir na receita federal pegar aquele provisório, depois informar, essas coisas, entendeu.”

A.11 – “Eu não sei te dizer, porque eu nunca precisei me reportar a chefia sobre isso porque aqui não tenho muito atendimento a boliviano.”

A.12 – “Olha, em relação a isso é difícil eu te explicar, porque a gente ta com uma coordenação nova ne, que agora assumiu ne, então a gente ta engatinhando ne, mas em relação ao boliviano, é aquilo que eu te falei ne, la de cima pra baixo, é que encaminhe pra central de regulação pra que elas eles tramitam a documentação.”

A.13 – “Na verdade tem coisas que eu nem passo pra chefia, tem coisas que a gente resolver aqui, orientar por aqui mesmo, mas as meninas que são mais novas, acho que não tem jogo de cintura pra fazer determinadas coisas, ou porque não tem um medico tao humanitário como eu tenho, tem que sofrer consequências de mandar pra outro canto, faz, eu não sei como elas estão fazendo, aqui não é pra ter atendimento.”

A.14 – “Eu acho que eles não se envolvem muito.”

A. 15 – “Só é passado esse recado, que é pra gente atender.”

A. 16 – “Eles passam poucas informações pra gente, existem muitas duvidas que eles não sabem esclarecer, eles passam poucas informações.”

A.17 – “Como isso é raro acontecer, as vezes acontece sem nem a chefia ter conhecimento disso, mas quando teve foi de maneira positiva, não foi ruim não.”

A.18 – “Nem vejo eles lidarem com nada.”

A.19 – “O que eles falam pra gente é que devemos atender os boliviano que tem o documento do RNE, se não tem o documento atende só se for urgência.”

34) Você cumpre alguma ordem de seus superiores, que fogem dos seus princípios éticos e morais diante da sua formação?

A.1 – “Não, não diretamente. [...] Depende, as vezes você precisa fazer determinada função que na nossa unidade, por exemplo não tem acesso a internet, ai a gente tem que agendar os exames dos paciente, ai tem que arrumar um meio pra poder fazer esse serviço.”

A.2 – “Não, se eu achar que não ta de acordo com aquilo que eu tenho que fazer, eu não faço, posso ate ser reprimida, mas eu não faço”

A.3 – “Não.”

A.4 – “Não.”

A.5 – “Não.”

A.6 – “As vezes tem que cumprir ne. [...] Porque a gente ta trabalhando, eles as vezes ameaçam, a gente pode sofrer perseguição como eu falei que já sofri. [...] Fui ameaçada, ameaçada de corte de salario. [...] 3 anos.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Não.”

A.9 – “Geralmente eu questiono, dificilmente eu faço, geralmente eu peço por escrito e se eles não fornecem eu não sou obrigada a fazer (risos).”

A.10 – “Não.”

A.11 – “Não.”

A.12 – “Não.”

A.13 – “Não, se eu não aceitar, simplesmente eu não faço, eu tenho o ministério público ao meu favor, eu tenho um livro de legislações.”

A.14 – “Não.”

A. 15 – “Não.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Acredito que não.”

A.19 – “Não.”

35) Você pensa que o Sistema Único de Saúde (SUS) é funcional no atendimento a população em geral? E aos bolivianos?

A.1 – “Sim. [...] Também.”

A.2 – “Eu acho que dentro do que a população precisa, o SUS é funcional, o problema é que a população ainda medicaliza o atendimento, as pessoas, dificilmente aceita participar de programas de prevenção, de: a, vamos fazer exercícios, vamos no nutricionista, vamos prevenir obesidade, tomar remédio direitinho, então o SUS oferece o serviço, mas a população em geral só procura o atendimento, mesmo que você agende, então a população não tem ainda a visão da

prevenção da doença. Mas eu acho que o SUS oferece de maneira geral, o básico, não to falando de nível de médio e alta complexidade, to falando de básico. [...] Mesma coisa, não tem diferença.”

A.3 – “Sim. [...] Se ele residir na área, ele passa a ser parte comunidade, independente dele ser estrangeiro ou não.”

A.4 – “Não. [...] Ele é, porque ele tem uma fragilidade, hoje qualquer um consegue tirar um cpf no brasil e tirar o cartão SUS então entra no sistema, tem uma fragilidade.”

A.5 – “Não, ele não é por conta das pessoas mesmo, porque ele ta bonito no papel, mas as pessoas precisam fazer ele acontecer. [...] Também, esse principalmente.”

A.6 – “É e não é, é porque ele oferece pelo menos tenta oferecer, a gente sabe que tem cidades pelo Brasil que funciona perfeitamente, aqui em Corumbá infelizmente eu acho que pelo fato de ser uma cidade que é distante, tem muito profissional que não quer vir trabalhar pra ca pela desvalorização financeira de salario, então acho que por causa disso a gente não consegue atender 100%, mas ainda assim eu acho que aqui em Corumbá, na minha visão, tem muita coisa que funciona. [...] Eu acredito que sim, porque a procura deles é muito grande.”

A.7 – “Olha, funcional ele é, mas a gente encontra umas dificuldades de material mesmo, infraestrutura, só. [...] Não tem interferência nenhuma.”

A.8 – “Sim. [...] Também.”

A.9 – “Eu acho que é. [...] Também.”

A.10 – “Sim. [...] Não. [...] Porque eu na verdade eu acho um absurdo eles saírem de la pra virem consultar aqui, igual gestante falsificar endereço, sei la o que, comprar, não sei, pra vir fazer pre natal pra vim so ganhar o bebe aqui ne, porque nem pre natal as vezes eles fazem. [...] Ai, revolta, sei la, frustração, é horrível isso ai. [...] Não, eu acho muito irregular, igual quando eles chegam la no pronto socorro, aqueles bebezinho assim, quase morrendo, é frustrante entendeu, porque assim, você não pode fazer nada entendeu, ai você pergunta o que foi feito la na bolivia e não foi feito nada, é muito frustrante, muito.”

A.11 – “No papel sim, mas na realidade o que a gente encontra desde estrutura física não é. [...] Acaba sendo da população em geral.”

A.12 – “Sim. [...] Pros boliviano não, porque se não tiver o cartão do SUS fica difícil ser funcional pra eles ne. [...] Ah, eu me sinto triste. [...] A gente lida numa maneira de tentar repassar pra ele informações pra que eles busquem atendimento também

ne, pra que eles iguaem, pra que veja um jeito que eles tenham o SUS ne, principalmente os que tem a permanência deles aqui no nosso país, a gente sabe que eles tem os direitos deles também, se são casados com brasileiro, porque geralmente nunca é os dois boliviano, todo boliviano. [...] Não. [...] Não. [...] Brasileiro.”

A.13 – “Não, não esta mais, é muita gente usando SUS desnecessariamente fazendo com que outros que realmente precisam não sejam atendidos. [...] Tão incluídos nisso ne.”

A.14 – “Não, por causa da falta de insumos, de materiais, ele é lindo do jeito que dizem que a gente tem que fazer. [...] É a mesma coisa, é o mesmo atendimento.”

A. 15 – “É. [...] Atende também.”

A. 16 – “Sim. [...] Também.”

A.17 – “Penso. [...] Também.”

A.18 – “Acho que atende, é demorado, tudo lento, tudo devagar, mas atende. [...] Acredito eu que atende também.”

A.19 – “Sim. [...] Não.”

36) Como você se sente quando o boliviano procura atendimento na sua unidade?

A.1 – “Como um paciente normal.”

A.2 – “Pra mim não faz diferença ne, se é boliviano ou brasileiro, desde que ele more na área, tem aquele pre requisito, pra gente aqui não faz diferença.”

A.3 – “Eu me sinto sobrecarregada. [...] A sobrecarga que eu falo é de você não poder dar assistência a quem não reside dentro da área ne, você já tem quantitativo, você faz mapeamento, você faz uma previsão do que você vai precisar usar, e quanto, isso em geral, o SUS em geral, você tem uma previsão ali diante do seu perfil epidemiológico, porem quando esse perfil ele é externo, ele e do exterior, ai ele sobrecarrega e acaba faltando pra alguém.”

A.4 – “Assim, eu sinto que na verdade alguém indicou, que sempre tem alguém que indica, mas da uma frustração assim, porque eles so querem o atendimento daquele momento, eles não querem saber de saúde e eles não querem batalhar isso pro país deles, então eu acho que é muito complicado a gente falar um não ne, as vezes é uma pessoa que precisa, mas ao mesmo tempo acho que eles poderiam, eles tem

condições de estar no país deles de ter a saúde e principalmente quando vem mulheres gestantes ne, a gestação ela tem assistência, então você que na verdade eles querem ganhar de todos os lados, então assim, a saúde quando vem na minha unidade procurar não é pela saúde da doença é porque eles querem ganhar um título brasileiro pra eles terem condições aqui e la, porque eles continuam fazendo o tratamento e la e continuam aqui, na verdade hoje, assim, eu acho que o que tem mais, o que afronta mais em Corumbá, é da gestante, porque elas querem que o filho tem um título brasileiro e eles vão continuar tendo a nossa, s direitos do brasil e eles continuam tendo o direito da Bolívia.”

A.5 – “É uma questão assim, quando ele procura atendimento, muitas vezes ele não sabe que tem que ter essa moradia na área, que tem que ter essa residência fixa, que ele tem que ter esse cartão, então muitas vezes ele acaba voltando, então isso é frustrante, porque eu penso assim: se fosse um brasileiro a gente atenderia na hora, mas como ele é boliviano e as vezes ele não sabe, não tem como nem você encaixar pra ser atendido, simplesmente o próprio programa ele não permite que você atenda, porque se você vai atender esse boliviano sem ele ter esses requisitos, e como se você não tivesse atendido esse paciente, ele não entra na produtividade.”

A.6 – “As vezes assim, eu não vou mentir em falar assim, que quando vem um paciente que independente se é boliviano, se é um paciente fora de área, paciente que é de Campo Grande e veio pra ca, eu penso assim: nossa, mais um, porque a gente já tá tao sobrecarregado, a gente não tem condições de atender direito com qualidade dos nossos, e colocar mais, então a gente pensa assim, mais não desperta, assim, a gente tenta fazer, vai tentar atender todo mundo da melhor forma.”

A.7 – “Nada, é como se fosse um brasileiro.”

A.8 – “Nada de diferente, normal, eu mexo com sentimento, assim, as vezes eu me sinto mais criteriosa ne, porque eu tento passar pro paciente independente dele ser boliviano, que o máximo que eu puder fazer por ele eu faço aqui, sem precisar que ele fique procurando outros serviços, outros lugares, que ele por acaso não conheça ou não vá conseguir ne.”

A.9 – “Eu me sinto bem, desde que eu tenha condições de dar a ele, sem deixar de atender a minha população.”

A.10 – “Na verdade eu não gosto sabia, eu não sinto bem, não sei porque e eles chegam e já querem ser atendido logo e não querem esperar, como se fossem dono daqui de Corumbá.”

A.11 – “Eu só lidei com um.”

A.12 – “Eu sinto bem, porque se eles vem procurar a gente tenta fazer o máximo pra tentar ajudar eles.”

A.13 – “Eu me sinto impotente em determinadas coisas, porque por mais que eu tente fazer aqui dentro, eu sei que a hora que ele sair aqui ele não vai ter o atendimento la fora.”

A.14 – “Se ele é cadastrado, normal o atendimento, não tem diferença.”

A. 15 – “Eu sinto assim, que eu prefiro morar no Brasil, que o Brasil tem uma saúde boa e os estrangeiros tao vindo atrás.” (risos)

A. 16 – “Eu sinto um pouco injusto deles estarem usufruindo dos nossos serviços.”

A.17 – “Eu atendo ne, da mesma maneira que eu atendo qualquer outra pessoa.”

A.18 – “Tem que atender porque é uma pessoa, pra mim não importa, o que importa é que tem que atender.”

A.19 – “Normal, atendo normal, é um ser humano.”

37) Como é o atendimento ao boliviano?

A.1 – “Acontece e eles entram dentro do quadro de pacientes que a gente tem na área, a gente não trata ele indiferente entende, quando ele esta errado a gente orienta o que ele precisa fazer.”

A.2 – “Do mesmo jeito, o atendimento é igual pra todo mundo.”

A.3 – “Os atendimentos aos bolivianos, eles são realizados mediante a documentação em território.”

A.4 – “Entao, é, a gente faz a polida se não for nada de urgência, encaminha pra unidade básica do centro.”

A.5 – “É ruim, precisa melhorar.”

A.6 – “Normal, como eu já falei, humanizado, vai fazer procurar atender como qualquer outro, eu vou insistir em falar pra você, pra mim não te diferente em ser boliviano e ser brasileiro, ele é uma pessoa e vai ser atendido igual, a gente vai tentar encaixar so ele pra onde ele pode ser atendido, dentro do que a norma ne, e se ele e boliviano e ta de passeio aqui na minha área, ele vai ser atendido, vou fazer

o primeiro atendimento e vou encaminhar pro lugar de origem, como eu faria com qualquer outro paciente.”

A.7 – “Não diferencia muito do brasileiro, porque muitas vezes ele já é cadastrado pelo agente comunitário, então ele vem como se fosse e eles muitas vezes já sabe falar o português, então as vezes a gente nem percebe que ele é boliviano só pelo sobrenome que a gente vai ver.

A.8 – “Normal, da mesma forma que atende o brasileiro, atende o boliviano.”

A.9 – “É igual, por exemplo, os bolivianos que moravam aqui na área, adoravam os médicos bolivianos, e a gente também não tem problema, a questão do problema é quando eles não tem a documentação brasileira e quando eles não residem na área da unidade, esse é o único problema, a questão de atendimento não, eles moram, eles tem documento, eles tem o direito como todo brasileiro, ate porque se eles moram, alugam uma casa, eles estão pagando imposto, eles estão cumprindo, pagando luz, pagando agua, é um direito deles.”

A.10 – “Não, a gente trata tudo igual, a gente trata, mas muitas vezes parece que eles já vem mentindo, contando historia e não sei o que, entendeu, você percebe assim, mas o atendimento é tudo igual.”

A.11 – “A pessoa chega, marca, ele é avaliado como todos os outros ai ele é encaminhado pro atendimento especializado.”

A.12 – “Igual os brasileiros, não tem diferença.”

A.13 – “Igual o de qualquer pessoa, não tem diferença, eu não trato bolivianos eu trato seres humanos.”

A.14 – “É igual, ele chega pra um atendimento, ele respeita as mesmas regras.”

A. 15 – “Normalmente, como o brasileiro.”

A. 16 – “É igual o do brasileiro quando eles tem documentação, quando é possível fazer o atendimento, se não a gente realiza os esclarecimentos, explica pra eles, a maioria não entende, acha que eles tem direitos de qualquer forma.”

A.17 – “É tranquilo, nos já estamos muito acostumados ne, com a presença deles aqui.”

A.19 – “Meu atendimento eu procuro saber o que ela ta sentindo, o que trouxe ela na unidade de saúde.”

38) O atendimento ao boliviano desenvolve sua inteligência, cognição e liberdade?

A.1 – “Normal.”

A.2 – “Só pela linguagem que a gente tem se se esforçar mais, pra entender, pra se comunicar, eu não tenho grande dificuldade porque eu já fiz um curso de espanhol 3 anos então, mas a maioria não entende o que ta escrito, o que ta falando, mas a gente acaba mobilizando uma quantidade maior de pessoas as vezes, pra resolver mas e muito difícil porque eles entendem muito bem a gente.”

A.3 – “É igual.”

A.4 – “Não, desenvolve porque voce ta..., cansa na verdade, acho que não desenvolve tanto, você cansa porque você bate na mesma tecla, alguns retornam.”

A.5 – “Sim, porque a gente aprende a questão da cultura, é outra cultura, a gente aprende a respeitar, a entender que existe outras culturas, que existe outras línguas, então assim, o boliviano em si, se a gente parar pra pensar, ao invés da gente tratar ele como inimigo, como uma pessoa não grata, se a gente trazer ele pra perto da gente, a gente vai ver que a gente tem um ganho significativo, pelo menos pra mim, eu vejo assim.”

A.6 – “Eu acho que sim, como eu falei, cada paciente um aprendizado, entao eu acho que ele vai ser igual por isso.”

A.7 – “Não interfere, porque ta comum.”

A.8 – “Sim.”

A.9 – “Eu acho que sim. [...] Eu já trabalhei com médicos bolivianos e eu gostei muito de trabalhar com eles, são pessoas que interagem bem, trabalham bem, conhecem o nosso sistema. Eu trabalhei no cristo com uma doutora, ela é formada no espirito santo, ela é boliviana, casada com brasileiro, maravilhoso trabalho dela, recentemente trabalhei com uma boliviana do programa Mais Medico, parceira, eles são parceiros, então eu não tenho dificuldade, nem a questão da língua, eu acho que a proximidade de Corumbá com a Bolívia, treinam o ouvido da gente, então eu acho que isso facilita muito, eu tenho mais problemas em trabalhar com profissionais brasileiros do que com bolivianos.”

A.10 – “Não.”

A.11 – “Como todos.”

A.12 – “Não, porque parece que eles já vem com medo ne, já vem com medo, tudo pra eles não vai dar certo, já vem negativamente já ,”

A.13 – “Também.”

A.14 – “Ah, acho que sim ne, faz diferença.”

A. 15 – “Ah, é como o atendimento de qualquer outro paciente.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “As vezes.”

A.18 – “Não sei se desenvolve não, mas acredito que pra mim é indiferente.”

A.19 – “Creio que não.”

39) Você percebe que há alguma diferenciação no atendimento ao estrangeiro por parte da sua equipe de trabalho?

A.1 – “Não, da minha equipe não. [...] Eles tem cartão família, ai ele vem. [...] A gente faz sempre reunião de equipe, a gente discute alguns casos mais complexos.”

A.2 – “Não, não percebo.”

A.3 – “Não.”

A.4 – ‘Não, não, eles atendem do mesmo jeito, a prioridade e os que são cadastrados na área.”

A.5 – “Aqui na equipe eu ainda não vi, porque eu me deparei so com uma agente so atendendo um paciente, eu ainda não tive essa vivencia, mas em outros locais eu vejo assim, que tem essa diferença, ha essa descriminalização.”

A.6 – “Algumas pessoas tem preconceito, mas não preconceito por ser boliviano, tem preconceito por ele não ser da área e ele vir procurar atendimento aqui, porque não foi em tal lugar, porque não procurou o pronto socorro, pela sobrecarga de trabalho.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Não.”

A.9 – “Não.”

A.10 – “Não, tudo igual.”

A.11 – “Da minha equipe não.”

A.12 – “Da minha equipe não, da minha equipe não tem essa diferenciação.”

A.13 – “Não.”

A.14 – “Sim, tem muito preconceito. [...] As vezes fica com raiva, acha que não tem direito. “

A. 15 – “As vezes, você sente que tao meio recuado. [...] Atendem.”

A. 16 – “Sim. [...] Existe ainda um pouco de preconceito em relação aos bolivianos.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Acredito eu que não.”

A.19 – “Não.”

a) como é o relacionamento da sua equipe com o paciente boliviano que procura atendimento na ESF?

A.1 – “Tem, igual eu te falei, so tem um ou outro paciente que é da nacionalidade boliviana, que não é legalizado no brasil e acha que tem que ter o mesmo direito que o outro, entendeu.

A.2 – “O atendimento é o mesmo que outra pessoa não mora na área, vamos supor, se a pessoa é boliviana, e mora na nossa área e tem o cartão da família, do agente de saúde, ele vai ser atendido normalmente, assim como um brasileiro que não mora na minha área e vem procurar atendimento, a gente presta primeiro, a gente escuta a pessoa e orienta procurar a unidade dele, mesma coisa com o boliviano que não reside na nossa área.”

A.3 – “Como a gente tem poucas famílias, é natural, eles vem aqui na hora que quiserem, são atendidos. [...] Ele é encaminhado para as autoridades estar fazendo o documentos ne, se ele tiver passando mal, tiver um mal súbito, como qualquer outra pessoa que estiver sem os documentos, a gente vai fazer os primeiros atendimentos. ”

A.5 – “Então, como eu falei pra você, eu ainda não tive essa vivencia pra ver como é o relacionamento deles com o boliviano, mas o pouco que procura, no caso, uma gestante que a gente teve aqui, boliviana, foi orientada na questão dos documentos que ela precisa e coisa e tal. ”

A.6 – “É como eu falei, a principio tem essa primeira resistência por não ser da área, mas vai atender igual.”

A.7 – “Alguns tem resistência por ser estrangeiro. [...] Resistencia dele fala: ah, veio la da bolivia pra ser atendido aqui. [...] Nada, ele tem direito tambem,”

A.8 – “Normal.”

A.9 – “Eles são orientados, eles são recebidos, eles são acolhidos, quando é pra fazer a gente faz atendimento aqui, quando não, a gente encaminha pra unidade de origem ou quando não tem documentação brasileira a gente encaminha, orienta, ai a Policia Federal regulariza documentação tudo direitinho, pra que se possa ter assistência dentro do Brasil.”

A.10 – “Não tem diferença de jeito nenhum, a gente trata tudo igual, ate por ordem de sequencia, de chegada entendeu, se é o primeiro, segundo, coloca, a medica também, trata com igualdade, não tem diferença nenhuma.”

A.11 – “Entao, o atendimento é normal porque tem muitos aqui tem muitos de sobrenome boliviano, de família boliviana, mas eles, na verdade não são bolivianos, são descendentes, eles tem muita cultura, inclusive uma agente minha é descendente.”

A.12 – “Normal também, igual o brasileiro.”

A.13 – “Eles são orientados a ter o atendimento da forma com que os outros são atendidos, pelo menos quando eu to aqui esse tipo de atendimento é feito, de forma humanitária.”

A.14 – “Ele é tratado normalmente, como qualquer paciente.”

A. 15 – “Ah sim, só o inicio mesmo, depois fica de boa.”

A. 16 – “As vezes eles são tratados assim, com um pouco de diferença por ser bolivianos.”

A.17 – “Normal.”

A.19 – “Quando tem a procura, não atendidos normais pela minha equipe.”

40) Como a sua experiência enquanto líder de uma equipe multiprofissional influencia no atendimento a este cliente?

A.1 – “O atendimento é bom, eu vejo de um modo geral.”

A.2 – “Eu acho que sim, influencia bastante.”

A.3 – “Na verdade as vezes eu vejo como liderança que a gente sempre tem que ta grato com o que ta fazendo, que se a gente não tiver gratidão, não for positivo, a gente não consegue fazer um bom atendimento.”

A.4 – “É pelo conhecimento ne, de repente já dar as orientações do que eles tem que fazer corretamente, pra procurar o atendimento.”

A.5 – “Influencia, porque se eu disser que precisa ser atendido, por mais que o sistema diz que eu tenho que ter ele cadastrado, mas se eu perceber que esse boliviano ele precisa ser atendido, eu acabo sim, colocando ele na consulta, ai então eu vejo que tem essa questão sim, do líder, do chefe, ele pode dizer que sim ou que não, então vai depender de como ele trata isso, de como ele ve, se ele ve esse boliviano como um sistema ou como um ser humano, vai depender dessa visão.”

A.6 – “Porque eu converso com ele todos os dias, como eu falei agora pouco, atenda o paciente independente de quem seja, como se fosse alguém de sua família, eu trabalho muito levantando a bandeira da humanização, lembro dos princípios do SUS pra eles e explico que eles propuseram a trabalhar num espaço da família, eles leram no edital a proposta, eles tem que fazer, entao eu bato muito nessa tecla.”

A.7 – “Eu falo pra todos atenderem e ficarem de boca fechada, não tem como negar atendimento.”

A.8 – “Não, influencia no sentido que as vezes eu tenho que tomar uma decisão que outra pessoa acha que precisa primeiro falar comigo e as vezes não tem esse critério assim.”

A.9 – “Eu acho que quando você trabalha e você tem a questão de ser líder da equipe, você tem autonomia pra decidir ne, então o que você decide, se ele vai ser atendido, se ele não vai ser atendido, como ele vai ser acolhido, parte de você e eu acho que a sua conduta feito isso, é um espelho pra equipe, se voce trata ele igualmente, se você recebe ele igualmente e demonstra isso, todos fazem isso também.”

A.10 – “Ah, eu procuro dar o melhor atendimento entendeu, mesmo não concordando que eles saem la do pais pra vim consultar aqui, entendeu, mas assim, tudo que eu puder resolver eu resolvo entendeu, nunca deixei assim, na duvida, mal atendido não.”

A.11 – “Na verdade nesse quesito eles são mais experientes que eu, que eu estou aqui, eu sou a mais nova de toda a equipe, acho que eles que contribuem mais ne, eles que conhecem mais a população.”

A.12 – “Eu acho que não temos essa diferença de que é boliviano, de que é brasileiro, é nos a equipe, todo mundo é igual.”

A.13 – “É que você como chefia, você tem como exigir determinadas coisas ne, e fazer aquilo, mesmo que ela pense ao contrario do que você pensa, eles se veem na

obrigação de estar fazendo, mas eu peço que simplesmente não façam do que fazer mal feito.”

A.14 – “Total ne, porque a gente tem que orientar, tem que capacitar a equipe, falar que eles tem direito, que são legalizado e são cidadãos brasileiro.”

A. 15 – “Eu influencio da seguinte forma: tem a documentação? Da pra gente atender? Vamos atender? Vamos triar? O que que ta acontecendo? Eu primeiro procuro ouvir antes de dispensar o paciente, ne o brasileiro nem o boliviano.”

A. 16 – “Eu tento passar pra equipe que o atendimento tem que ser igualitário.”

A.17 – “A gente acaba tendo um pouco de jogo de cintura, as vezes um profissional ou outro não trata o boliviano com prioridade, a gente acaba tendo um pouco de jogo de cintura.”

A.18 – “Eu converso sempre com todo mundo, pra eles atenderem todo mundo igual, sem distinção.”

A.19 – “Como líder eu oriento ne, se tiver boliviano na área, que eles podem procurar unidade de saúde, que eles podem participar do atendimento e se não tiver o RNE, tem que ir la na Policia Federal para serem cadastro, no caso de urgência e emergência seria no setor especifico.”

41) Como você lida com as dificuldades do dia a dia ?

A.1 – “Tentando e driblando em tentar desenvolver da melhor forma possível, não prejudicando a qualidade do serviço.”

A.2 – “A gente conversa, chama quem ta causando a dificuldade, ou todo mundo ne, resolve a situação em conjunto dentro daquilo que é nossa contribuição fazer.”

A.3 – “O que eu posso fazer, eu faço, o que não depende de mim, eu me acabo pra não ficar doente. [...] Ah, tem várias situações de pacientes crônicos, doentes, que a gente faz o nosso papel quanto profissional, e a gente espera que a família faça também mas nem sempre eles fazem, e se fazem e por obrigação, é um cuidado sem carinho.”

A.4 – “Ultimamente a minha equipe tem lidado da forma que a secretaria impõe, se eles dao condições a gente trabalha, se ele não dao condições a gente também já não ta correndo tanto atrás.”

A.5 – “Tem que ter muita sabedoria, então assim, eu busco fazer o que da nos protocolos, as vezes os protocolos fala uma coisa e a gente ta fazendo outra, então

tudo a gente tem que ter respaldo no serviço publico, pra fazer cumprir, pra fazer valer, ainda que existam as dificuldades.”

A.6 – “Algumas dificuldades hoje depois de um ano e meio de terapia eu aprendi que nem tudo eu vou conseguir resolver, entao eu to conseguindo já abstrair muita coisa ne, eu tento da melhor forma possível, vou atender a todos da melhor maneira, mas aquilo que não ta no meu alcance eu não deixo mais isso atrapalhar eu como pessoa, meus sentimentos, porque tem coisa que não depende nem da gestão municipal, vem la de cima, federal.”

A.7 – “Tenta o máximo conversar e tentar resolver no dia.”

A.8 – “Bom, se eu tiver duvida em relação a algum atendimento eu pergunto pra minha gerencia, pra minha coordenação.”

A.9 – “Ah, eu paro respiro e penso, como eu posso substituir tal coisa, como eu posso fazer tal coisa, cada tempo um tempo, porque as coisas não são resolvidas, eu não tenho esse poder de resolução, então se eu começar levar isso a fundo eu fico frustrada, ai eu não vou conseguir resolver, então cada tempo no seu tempo, ai você se educa.”

A.10 – “Tentando resolver ne, as vezes não consegue, passa pra gerencia e não resolve. [...] Agora atualmente aqui ta sendo espaço físico, ainda mais que tem essa outra unidade aqui, espaço físico e recursos humano, porque recursos humano pra recepcionista ne, porque ela tem que agendar das duas unidades, tem que marcar exame, retorno, especialização, entendeu, o que ta sendo atualmente agora aqui é isso, espaço físico e humano, recursos humano.”

A.11 – “Vai dando jeito ne, pedindo ajuda pra equipe.”

A.12 – “A gente vai tentando fazer o que que a gente pode, tira o dinheiro do bolso daqui, dali. [...] Tira, todo mundo tira o dinheiro do bolso pra fazer as ação (risos), porque pra começar, quando você vai fazer a ação, quando você quer trabalhar uma coisa, prefeitura não te ajuda, então quando quer fazer uma coisa, quer fazer uma coisa bonitinha, então você tira o dinheiro do bolso sempre, faz vaquinha entre a equipe ne, arrecada dinheiro daqui, dali, pede pra um pede pra outro. [...] Eu me sinto, em relação a minha coordenação, a prefeitura, eu me sinto chateada porque eu acho que eles tinham que dar esse suporte pra gente, e não a gente ta fazendo isso ne, então se a gente tivesse esse suporte, se a prefeitura desse esse suporte pra realizar essas ações, todos os enfermeiros faria, ate melhor, porque a gente sabia que teria esse respaldo dele ne.”

A.13 – “A gente vai tentando resolver, quando não consegue, a gente empurra com a barriga, infelizmente ta tendo que ser assim.”

A. 14 – “Ah, é difícil.”

A. 15 – “Eu paro, analiso, penso, pra depois ir conversar.”

A. 16 – “A gente tenta fazer o que esta ao alcance, o paciente sempre vem em primeiro lugar.”

A.17 – “Com conversa, um relacionamento bom que eu tenho com a minha equipe também, ajuda bastante.”

A.18 – “Fazendo aquelas adaptações que escrevi no outro papel.”

A.19 – “Eu procuro solucionar pouco a pouco, correndo atrás dos responsável.”

42) Você já foi alvo de alguma situação constrangedora decorrente do atendimento ao boliviano ?

A.1 – “Não, não que eu me lembre no momento.”

A.2 – “Não.”

A.3 – “Não.”

A.4 – “Não, não, eles, pelo menos isso ai não impe que eu tenha que atender.”

A.5 – “Já, já fui. [...] Eu estava no pronto atendimento e ai chegou um paciente pra ser atendido, um boliviano, so que ele não tinha dinheiro pra pagar o serviço particular, ai ele foi orientado pra ele procurar o serviço publico, so que ele não foi atendido no serviço publico por justamente por ele por ele morar na fronteira, não ter vinculo nenhum com o Brasil, então foi bem difícil porque assim, ele não tinha o dinheiro, então a gente começou pensar assim: e agora o que a gente vai fazer pra atender esse paciente, então foi uma situação difícil porque a gente quer ajudar mas a gente que também o serviço particular, uma consulta hoje não custa menos que R\$200,00, ai fora consulta, fora medicações, fora exames, então foi uma situação ruim porque o paciente teve que voltar pra fronteira e sem um atendimento.”

A.6 – “Não, nunca.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Não.”

A.9 – “Já, eles ofereceram dinheiro pra gente fazer uma vacina em 8/10 pessoas, bolivianos que vieram de fora, ai a gente explicou que a gente não podia fazer, que aquilo era ilegal e que se realmente ele quisesse receber essa vacina, ele que

providenciasse uma documentação brasileira, fosse a policia federal, providenciasse documento e voltasse que a gente faria a vacina sem problema nenhum, mas que a gente precisava dessa documentação, do cartão SUS, da documentação da policia federal pra poder fazer o procedimento. [...] Não, não voltaram. [...] Umás duas vezes.”

A.10 – “Não.”

A.11 – “Boliviano não.”

A.12 – “Não.”

A.13 – “Não.”

A. 14 – “Não.”

A. 15 – “Não.”

A. 16 – “Não.”

A.17 – “Não, nenhuma.”

A.18 – “Não.”

A.19 – “Não.”

43) Em relação ao atendimento ao boliviano, você já percebeu algum tipo de violência contra ele ?

A.1 - “Não.”

A.2 – “Não.”

A.3 – “Não.”

A.4 – “Não.”

A.5 – “Já, já percebi sim. Na maternidade há um tempo atrás, as bolivianas eram cobradas pra ter os filhos delas na maternidade, não de todos os médicos, mas tinham assim, 2 médicos que eles estavam cobrando dessas gestante pra ela ter o bebe la e as vezes elas não tinham condições que a gente sabe que as vezes as pessoas falam: não, elas tem condições sim, elas so sem fazem que não tem essas condições, mas eles tem condições de pagar, então assim, era aquele preço exorbitante pra essa gestante ter o filho na maternidade. [...] Era coisa de mais de R\$2.000,00. [...] Eles pagavam, pagavam assim, eu presenciei eles fazendo assim, chamando, porque nessa parte eles são bastante unidos ne, eu percebo a união dos bolivianos, eles com família ne, então acionaram pai, tio, sobrinho, pra juntar esse valor ali, em dinheiro. [...] É uma situação assim, eu não eles não tendo, eu vi eles

se mobilizando pra ter. [...] Sim, bastante porque quando eu presenciei isso há uns três anos atrás, eu fiquei pensando: cadê os princípios que diz que todo mundo tem acesso a esse serviço independente de ser estrangeiro, então isso não é verdade, então isso me deixou bastante entristecida de pensar assim, que, como no papel ta dizendo que ele tem esse direito e agora ele é cobrado de não ter, eu não entendi naquela época essa cobrança.”

A.6 – “Não.”

A.7 – “Não.”

A.8 – “Não, na minha unidade não, em outro lugar, na cidade, também não.”

A.9 – “Eu acho que não e eu acho que isso é um pouco de mito, por exemplo: quantas mulheres bolivianas vem ter filhos na maternidade e nenhuma é mandada embora, quantos bolivianos são trazidos pro PS, em questão de acidente, em questão de ta passando mal, não falam português, são atendidos, são internados, houve situações a pouco tempo atrás que o hospital so tinha boliviano, não tinha vaga pra brasileiro, e foram atendidos, são atendidos.”

A.10 – “Já, não comigo, já vi outro profissional fazer. [...] Foi no pronto socorro entendeu, porque eles chegam e falam o seguinte, quando o paciente sai la da Bolívia eles te que avisar e eles não avisam, ai chegam la e muitas vezes tem médicos que não quer atender, agora já parou, mas tava assim, tem medico que é agressivo, e não atendia, e um outro que me chamou atenção, eu tava na crassificação de risco do pronto socorro, uma mulher la, moça que tinha feito aborto na Bolívia, ela chegou pra mim triar ela, pálida, com muita cólica, hemorragia, ai a doutora entrou na sala, na minha crassificação, não sei o q ela foi fazer fazer, ela falou o que que foi? eu falei: ah doutora, isso, isso e isso, ela falou: então você vai voltar la no medico, voltar la na Bolívia, no que fez e você vai pedir pra ele consertar o que fez, eu não tenho como atender, eu achei aquilo muito desumano, fiquei assim, e a mulher ficou assim também, a acompanhante que tava com ela, não sei nem se ela bateu as botas, aquela moça.”

A.11 – “Já. [...] Em outro local de trabalho, negligencia. [...] Uma boliviana tinha realizado um aborto, precisava de uma vaga na maternidade, pra ser acompanhada e não foi dada a vaga porque ela tinha feito aborto, na verdade foi o preconceito em relação ao aborto e ela foi deixada em outro setor do hospital, sem fazer exame, sem nada, ate que é teve uma sepse. [...] Não soube depois, foi num período que eu estava saindo do hospital, que ela tinha realizado um aborto com perfuração com

agulha de crochê, ninguém percebia, falavam que não queria ela, abdome agudo, ai depois que ela foi falar, ai ela ficou um dia só na maternidade, ai não deixaram ela ficar, mandaram ela pra outro setor, tiveram desconfiança ate de DST, tiveram preconceito ai não quiseram ela la.”

A.12 – “Na minha unidade não. [...] Tipo assim, não queria atender, falar mal deles, isso ai a gente sempre percebe, principalmente unidade de upa e pronto socorro a gente sempre houve esses comentários.”

A.13 – “Não.”

A. 14 – “Não.”

A. 15 – “Na unidade não, mas eu já vi em outros lugares. [...] No comercio, rapaz bateu em uma gestante boliviana.”

A. 16 – “Já. [...] Esses que não tem direito ao atendimento, muitos ficam revoltados, eles ofendem a equipe, brigam, discutem, pra ver se consegue o que eles querem.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Não.”

A.19 – “Também não.”

44) Com a demanda de atendimento ao boliviano, que repercussões você percebe diante do que é proposto a estratégia de saúde da família?

A.1 – “Nem sempre ele entende como é o fluxo de atendimento das unidades, entendeu. [...] A gente tem que tentar orientar ele, da melhor forma possível, pra ele entender como funciona, não é porque ele chegou aqui agora, que ele vai ser o primeiro a ser atendido, a gente tem que orientar eles.”

A.2 – “É muito pouco a quantidade que eu tenho de boliviano que mora mesmo aqui na área. [...] É entorno de 9/10.”

A.3 – “Nesse caso o acesso passa a ser restrito, então depende muito de cada profissional que for atender a pessoa e também qual foi o vinculo que foi criado entre os pacientes e os profissionais, se o paciente mostra que ele quer ser atendido, que ele acha que aquele atendimento é bom, é importante pra ele, fica difícil pra um profissional não querer fazer algo pra aquele paciente.”

A.5 – “Eu percebo que precisa existir sim essa, esse combinado ne, no papel, com os políticos daqui do Brasil com os políticos de la, pra que acabe essa questão do boliviano ter toda essa complicação pra ser atendido, porque a gente tem que

entender que qualquer ser humano tem direito de ser atendido, independente de ser estrangeiro ou não, principalmente aqui na Bolívia, porque o que acontece lá, acaba repercutindo aqui, então precisa essa política ser fortalecida, pra que eles tenham também esse direito. [...] Hoje, de tristeza, porque eu vejo que o povo boliviano acaba vindo pra cá e tem toda essa problemática aqui.

A.6 – “Olha, não sei, não tem repercussão, o que eu te falei é a única coisa que é difícil pra gente atender, que vou falar de novo que essa é a maior dificuldade é a questão da gestante. [...] Não, ele vem só pra atendimento, curativo imediato.”

A.7 – “Quando ele tem a família eu se enquadra no perfil de família brasileira, só o que prejudica é quando eles omitem algumas informações. [...] Tem alguns que procuram mesmo, por exemplo: puericultura tem uma família que eles frequentemente tá aqui pra acompanhamento. [...] É que a gente atende assim, mais, que não vem outras.”

A.8 – “Olha, pra tudo, se preciso, ele vem pra tudo. [...] Participa, já atendi gestantes boliviana, já atendi hipertenso, em grupo, atendimento em grupo.”

A.9 – “Pra mim não repercute, porque eu não tenho esta questão da muita procura de bolivianos, de origem bolivianas que eu tenho na área, eles moram aqui, origem, descendência boliviana, mas eles residem aqui, então eu não tenho tanto esse problema.”

A.10 – “Aqui vem muito boliviano, muito, você não tá entendendo. [...] Não, não procura nada isso não, o negócio deles é consultar.”

A.11 – “Não, pelo que eu sei e já vi, até em outras situações, aqui eu só tive contato com um que eu tive que orientar pra tirar os documentos, eu vejo mais na upa, na upa sim eu atendo com muita frequência, eles vão pra consultas que seriam de rotina, eles procuram a upa, porque? Porque muitos não tem endereço no nome deles, aí como ele vai ser acompanhado na estratégia, estratégia exige endereço, comprovante de residência eles vão lá na upa, procuram atendimento imediato. [...] É atendido, na upa é.”

A.12 – “A gente tem que obedecer ordens deles lá né, então pra mim aqui, não atinge porque a gente tenta fazer o que a gente pode né.”

A.13 – “Não tem uma política de atendimento voltada pra o boliviano, então não existe.”

A. 14 – “Eu não sei responder, porque ele é tratado como um paciente comum, ele recebe atendimento de um paciente brasileiro.”

A. 15 – “Não, ele não vem.”

A. 16 – “Não, eles procuram mais pra curativo, pra medicação, mas promoção eles não procuram.”

A.17 – “Acaba não tendo repercussão, na verdade a gente acaba por atender, na minha área é muito raro, a gente acaba atendendo, passa esse paciente batido.”

A.19 – “Sim, vacinação é a principal procura, mas não tanto nesse posto, mas em outro.”

45) Qual é a sua renda?

A.1 – “Um salario base do enfermeiro no município é R\$2.000,00, ai a gente em mais o adicional de produtividade e temos mais uma gratificação por dedicação exclusiva, que o nosso adicional de produtividade que a gente é coordenadora, veio... eu não peguei meu holerite ainda, mais pelo o que minhas colegas estão falando R\$300,00 a menos, esse mês já teve corte, mas eu não peguei o holerite então eu não sei, tenho ate que pegar. [...] Sim, ai depende do numero de plantões que eu faço.”

A.2 – “Mais ou menos uns R\$4.900,00, por ai ne, eu acho que é isso, tirando os dois descontos que eu tenho de cassems e outro que eu fiz um empréstimo consignado, acho que é isso.”

A.3 – “Se eu não der plantão nenhum, é entorno de de R\$ 5.000,00.”

A.4 – “Entorno de R\$8.000,00.”

A.5 – “R\$4.000,00 mensais.”

A.6 – “Minha renda hoje, bruta, eu olhei meu holerite tem acho que uns 2/3 meses, com plantão eu consigo tirar R\$6.000,00/R\$6.000,00 e pouco, bruto, mas com o desconto do leãozinho la, ele cai pra R\$5.200,00 por ai e eu ganho menos que um dentista que faz so atendimento em consultório, não to me comparando, nem igualando, mas o medico que atende em consultório e eu que sou coordenadora da equipe, que sou gerente da unidade, que vou lhe dar com recursos humanos, que vou ter que tomar conta da gerente da instrução da unidade, gerente de materiais de insumo permanente, tudo, comunicação, administrativo e ganho so isso.”

A.7 – “No bruto é R\$4.000,00 e pouco. [...] Não. [...] Por enquanto só estratégia.”

A.8 – “Na faixa de R\$ 3.000,00.”

A.9 – “Eu ganho, meu salario base é R\$2.263,00, eu recebo entorno de R\$1.000,00 por uma gerencia, antes a gente tinha dedicaçao exclusiva por trabalhar na estratégia, hoje ela ta entorno de R\$1.000,00, é uma base de R\$4.000,00 e poucos reais.”

A.10 – “Entao, aqui é R\$4.000,00 e pouco, mais os prantao que eu dou. [...] Uns R\$6.000,00/7.000,00, com muitos prantao.”

A.11 – “Depende do numero de plantao que eu tiro ne, media R\$7.000,00/8.000,00.”

A.12 – “A renda aqui minha, acho que é R\$3.000,00 e pouco.”

A.13 – “Eu tiro na faixa de R\$6.000,00 com os plantões.”

A. 14 – “Acho que 9 salários mínimos, com muito plantão.”

A. 15 – “(risos) eu recebo liquido da R\$4.200,00”

A. 16 – “R\$8.000,00”

A.17 – “Deve ser uma media de R\$9.000,00”

A.18 – “R\$6.000.00 ao mês.”

A.19 – “R\$6.000,00 e pouco.”

46) Qual a sua cor?

A.1 – “Acho que branca (risos), meio bronzizada por causa desse sol.”

A.2 – “Acho que sou parda (risos).”

A.3 – “Negra”

A.4 – “Negra.”

A.5 – “Branca.”

A.6 – “Branca.”

A.7 – “Parda.”

A.8 – “Branca.”

A.9 – “Eu me declaro parda.”

A.10 – “Branca.”

A.11 – “Branca.”

A.12 – “Parda.”

A.13 – “Eu, ate o ano de 2010 eu jurava que eu era branca, ate que eu tive uma palestra com pessoal que teve ai, não lembro o que que foi e não existe a raça branca no Brasil, somos todos pardos, por causa da mistura de raça.”

A. 14 – “Branca.”

A. 15 – “Parda.”

A. 16 – “Branca.”

A.17 – “Branca.”

A.18 – “Parda.”

A.19 – “Branca”

47) Você têm filhos? Se sim, Quantos?

A.1 – “Não.”

A.2 – “Sim, 2 – 1 de 4 meses e 1 de 4 anos.”

A.3 – “1 – 20 anos.”

A.4 – “Não.”

A.5 – “Tenho. [...] 1 (um)”

A.6 – “Não.”

A.7 – “Tenho um.”

A.8 – “Sim.”

A.9 – “Tenho, tenho 2 filhos.”

A.10 – “Tenho duas.”

A.11 – “Não.”

A.12 – “Tenho, dois biológicos e cinco adotivos.”

A.13 – “Tenho 3 filhos e 2 netas.”

A. 14 – “Tenho uma menina de 7 anos e to gestante de 24 semanas.”

A. 15 – “Tenho uma.”

A. 16 – “Sim, um.”

A.17 – “Não.”

A.18 – “Não.”

A.19 – “Não”

Obrigado por participar da pesquisa!

APÊNDICE 8

RESULTADO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS (PROART)

ESCALA DA ORGANIZAÇÃO PRESCRITA DO TRABALHO (EOPT)

Tabela 1 - Parâmetros de divisão de tarefas e divisão social do trabalho

Contexto de trabalho – n (%)	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
	n = (20)				
O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	10%	5%	55%	25%	5%
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas	15%	15%	55%	15%	0%
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	25%	25%	15%	20%	15%
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas	0%	30%	35%	35%	0%
Há clareza na definição das tarefas	0%	5%	30%	10%	15%
Há justiça na distribuição das tarefas	10%	10%	25%	45%	10%
Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	0%	0%	30%	50%	20%
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada	50%	10%	20%	0%	20%
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor	5%	0%	30%	60%	5%
Há qualidade na comunicação entre os funcionários	5%	10%	15%	50%	20%
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras	0%	5%	40%	45%	10%
O ritmo de trabalho é adequado	0%	15%	45%	30%	10%
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis	0%	15%	40%	45%	0%
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção	10%	20%	50%	10%	10%
Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas	0%	10%	50%	40%	0%
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si	0%	15%	70%	15%	0%
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas	0%	5%	25%	35%	35%
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho	0%	5%	30%	40%	25%
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	5%	40%	40%	10%	5%
1,00	2,30		3,70		5,00
RISCO ALTO		RISCO MÉDIO		RISCO BAIXO	
Representa altos riscos psicossociais. Demanda		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação		Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais. Aspectos a serem	

intervenção imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo.	mantidos, consolidados e potencializados na Organização do Trabalho.
RESULTADO DA ANÁLISE Média do perfil = 3,92 Variância = 1,2 Coeficiente de Variância do Perfil: 26%		RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL: RISCO BAIXO

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 2 - Parâmetros de avaliação global do estilo de gestão

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
Pouco individualista, normativo, coletivista, realizador.		Moderadamente individualista, normativo, coletivista, realizador		RESULTADO DA ANÁLISE Predominante individualista, normativo, coletivista, realizador. Média do perfil = 3,95 Variância = 0.73 Coeficiente de Variância do Perfil: 18%

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 3 - Parâmetros do modo de sentir, pensar e agir que refletem uma fusão indivíduo-organização - EEG - Estilo Individualista

Forma de gestão utilizada na organização - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
		n = (20)				
Estilo de gestão individualista	Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	8%	38%	54%	0%	0%
	Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis	20%	25%	40%	15%	0%
	Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente	15%	20%	25%	30%	10%
	Nesta organização os gestores se consideram o centro do mundo	25%	15%	50%	10%	0%
	Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a atenção	24%	19%	33%	19%	5%
1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	RESULTADO DA ANÁLISE Predominante estilo individualista Média do perfil = 3,76 Variância = 0.77 Coeficiente de Variância do Perfil: 20%	
Pouco individualista		Moderado estilo individualista				

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 4 - Parâmetros de avaliação baseado no controle de normas e regras - EEG - Estilo Normativo

Forma de gestão utilizada na organização - n (%)	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
--	-------	-----------	----------	----------------	--------

		n = (20)				
Estilo de gestão normativo	É creditada grande importância para as regras nesta organização	5%	20%	50%	25%	0%
	A hierarquia é valorizada nesta organização	5%	20%	45%	30%	0%
	Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	0%	15%	45%	30%	10%
	Há forte controle do trabalho	0%	25%	60%	5%	10%
	O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	0%	10%	60%	25%	5%
	Existe rigoroso planejamento das ações	5%	25%	55%	15%	0%
		1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
		Pouco normativo		Moderadamente normativo		RESULTADO DA ANÁLISE Predominante normativo Média do perfil = 4,00 Variância = 0.33 Coeficiente de Variância do Perfil: 8%

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 5 - Parâmetros de avaliação da percepção da organização como um grupo de trabalho perfeito, refletindo no orgulho, confiança e autoestima organizacional - EEG - Estilo Coletivista

Forma de gestão utilizada na organização - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
		n = (20)				
Estilo de gestão coletivista	Os gestores são intolerantes com o individualismo	5%	55%	20%	15%	5%
	As pessoas são comprometidas com a organização mesmo quando não há retorno adequado	0%	25%	55%	20%	0%
	O mérito das conquistas na empresa é de todos	15%	25%	35%	20%	5%
	O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores	0%	30%	45%	20%	5%
	Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	5%	10%	55%	20%	10%
	As decisões nesta organização são tomadas em grupo	0%	25%	40%	25%	10%
		1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
		Pouco coletivista		Moderadamente coletivista		RESULTADO DA ANÁLISE Predominante coletivista Média do perfil = 4,00 Variância = 0.70 Coeficiente de Variância do Perfil: 17%

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 6 - Parâmetros de avaliação representados pelo modo de pensar, sentir e proceder centrados na produtividade com competitividade e na realização profissional - EEG - Estilo Realizador

Forma de gestão utilizada na organização - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
		n = (20)				
Estilo de gestão realizador	Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios	10%	35%	45%	10%	0%
	Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas	0%	45%	45%	5%	5%
	A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão	10%	50%	35%	5%	0%
	Existe oportunidade semelhante de ascensão para todas as pessoas	25%	40%	25%	10%	0%
	Os gestores se preocupam com o bem estar dos trabalhadores	30%	50%	15%	5%	0%
	A inovação é valorizada nesta organização	15%	45%	30%	10%	0%
		1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
Pouca realização		Moderadamente realizador			RESULTADO DA ANÁLISE Predominante realizador Média do perfil = 4,00 Variância = 0.29 Coeficiente de Variância do Perfil: 7%	

Fonte: elaborado pelo autor.

ESCALA DE SOFRIMENTO PATOGENICO NO TRABALHO (ESPT) - AVALIAÇÃO GLOBAL

Tabela 7 - Parâmetros de avaliação global do sofrimento patogênico no trabalho

1,00	2,30	3,70	5,00
RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO	
Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.	Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo	Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	
RESULTADO DA ANÁLISE Média do perfil = 4,01 Variância = 1,94 Coeficiente de Variância do Perfil: 48%		RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL <u>RISCO ALTO</u>	

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 8 - Parâmetros de sentimentos de desvalorização ao fazer um trabalho que não tem sentido para si e sem importância para a organização e/ou para sociedade - ESPT - Fator Inutilidade

Vivências em relação ao seu trabalho atual - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
n = (20)						
Fator inutilidade	Meu trabalho é desvalorizado pela organização	10%	24%	52%	10%	5%
	Sinto-me inútil em meu trabalho	50%	25%	20%	0%	5%
	Considero minhas tarefas insignificantes	60%	20%	20%	0%	0%
	Sinto-me improdutivo no meu trabalho	55%	0%	35%	5%	5%
	A identificação com minhas tarefas é inexistente	40%	25%	25%	5%	5%
	Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	10%	30%	45%	10%	5%
	Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	60%	20%	10%	5%	5%
	Meu trabalho é sem sentido	75%	25%	0%	0%	0%
Minhas tarefas são banais	80%	15%	5%	0%	0%	
1,00	2,30	3,70	5,00			
RISCO BAIXO		RISCO MÉDIO		RISCO ALTO		
Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo		Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.		
RESULTADO DA ANÁLISE				RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL RISCO ALTO		
Média do perfil = 4,02						
Variância = 1,68						
Coeficiente de Variância do Perfil: 42%						

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 9 - Parâmetros de sentimentos de injustiça, desânimo, insatisfação e desgaste no trabalho - ESPT - Fator Indignidade

Vivências em relação ao seu trabalho atual - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
n = (20)						
Fator indignidade	Meu trabalho é cansativo	10%	10%	35%	25%	20%
	Meu trabalho é desgastante	0%	0%	10%	35%	55%
	Meu trabalho me frustra	25%	30%	20%	20%	5%
	Meu trabalho me sobrecarrega	10%	10%	30%	35%	15%
	Meu trabalho me desanima	15%	30%	30%	10%	15%
	Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta	0%	10%	35%	25%	30%
	Meu trabalho me faz sofrer	35%	25%	30%	5%	5%
	A submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta	25%	25%	40%	10%	0%

	Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado	65%	10%	20%	0%	5%
	Meu trabalho me causa insatisfação	30%	25%	45%	0%	0%
1,00	RISCO BAIXO	2,30	RISCO MÉDIO	3,70	RISCO ALTO	5,00
	Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo		Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando elimina-las e/ou atenuá-las.	
RESULTADO DA ANÁLISE				RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL <u>RISCO ALTO</u>		
Média do perfil = 4,00						
Variância = 1,45						
Coeficiente de Variância do Perfil: 36%						

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 10 - Parâmetros representados pelo sentimento de desqualificação, não aceitação e/ou admiração pelos colegas e chefias, sem liberdade para expressar o que sente em relação ao trabalho - ESPT - Fator Desqualificação

Vivências em relação ao seu trabalho atual - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
		n = (20)				
Fator desqualificação	Meus colegas desvalorizam meu trabalho	30%	45%	15%	5%	5%
	Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	20%	25%	35%	10%	10%
	Meus colegas são indiferentes comigo	20%	45%	35%	0%	0%
	Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	40%	30%	25%	5%	0%
	Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	30%	15%	45%	5%	5%
	É difícil a convivência com meus colegas	30%	40%	30%	0%	0%
	O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	30%	25%	40%	0%	5%
	Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	30%	20%	20%	15%	15%
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	20%	20%	35%	15%	10%	
1,00	RISCO BAIXO	2,30	RISCO MÉDIO	3,70	RISCO ALTO	5,00
	Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo		Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando elimina-las e/ou atenuá-las.	
RESULTADO DA ANÁLISE				RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL <u>RISCO ALTO</u>		
Média do perfil = 4,00						
Variância = 1,06						
Coeficiente de Variância do Perfil: 26%						

Fonte: elaborado pelo autor.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO (EADRT) - AVALIAÇÃO GLOBAL

Tabela 11 - Parâmetros de avaliação global dos danos relacionados ao trabalho

1,00	2,30	3,70	5,00
RISCO BAIXO		RISCO MÉDIO	
Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo	
Resultado negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.			
RESULTADO DA ANÁLISE Média do perfil = 4,00 Variância = 0,77 Coeficiente de Variância do Perfil: 19,14%		RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL <u>RISCO ALTO</u>	

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 12 - Parâmetros de sentimentos negativos em relação à si mesmo e a vida em geral - EADRT - Danos Psicológicos

Problemas causados pelo trabalho - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
n = (20)						
Danos Psicológicos	Amargura	45%	25%	20%	10%	0%
	Sensação de vazio	45%	15%	30%	5%	5%
	Mau-Humor	35%	20%	30%	10%	5%
	Vontade de Desistir de Tudo	35%	15%	35%	10%	5%
	Tristeza	15%	30%	45%	5%	5%
	Perda da autoconfiança	30%	30%	30%	10%	0%
	Solidão	45%	25%	15%	15%	0%
1,00	2,30	3,70	5,00			
RISCO BAIXO		RISCO MÉDIO		RISCO ALTO		
Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo		Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.		
RESULTADO DA ANÁLISE Média do perfil = 4,00 Variância = 0,14 Coeficiente de Variância do Perfil: 3,52%		RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL <u>RISCO ALTO</u>				

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 13 - Parâmetros de danos sociais relacionados ao isolamento e dificuldade nas relações familiares e sociais - EADRT - Danos Sociais

Problemas causados pelo trabalho - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
		n = (20)				
Danos Sociais	Insensibilidade em relação aos colegas	20%	35%	30%	15%	0%
	Dificuldades nas relações fora do trabalho	40%	35%	20%	0%	5%
	Vontade de ficar sozinho	35%	10%	40%	15%	0%
	Conflitos nas relações familiares	40%	45%	10%	5%	0%
	Agressividade com os outros	55%	20%	20%	5%	0%
	Dificuldade com os amigos	45%	35%	20%	0%	0%
	Impaciência com as pessoas em geral	15%	50%	20%	15%	0%
1,00		2,30		3,70		5,00
RISCO BAIXO		RISCO MÉDIO			RISCO ALTO	
Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo			Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	
RESULTADO DA ANÁLISE Média do perfil = 4,00 Variância = 0,30 Coeficiente de Variância do Perfil: 7,39%				RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL <u>RISCO ALTO</u>		

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 14 - Parâmetros relacionados à dores no corpo e distúrbios psicológicos - EADRT - Danos Físicos

Problemas causados pelo trabalho - n (%)		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
		n = (20)				
Danos Físicos	Dores no corpo	5%	20%	40%	20%	15%
	Dores no braço	20%	15%	40%	10%	15%
	Dor de cabeça	0%	30%	25%	30%	15%
	Distúrbios digestivos	25%	15%	35%	20%	5%
	Dores nas costas	5%	30%	25%	30%	10%
	Alterações no sono	20%	30%	20%	15%	15%
	Dores nas pernas	10%	15%	35%	25%	15%
	Distúrbios Circulatórios	20%	30%	25%	15%	10%
	Alterações no apetite	15%	30%	20%	15%	20%
1,00		2,30		3,70		5,00
RISCO BAIXO		RISCO MÉDIO			RISCO ALTO	
Resultado positivo representa baixos riscos psicossociais.		Resultado mediano representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo			Resultado Negativo representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	
RESULTADO DA ANÁLISE Média do perfil = 4,00				RISCO IDENTIFICADO NO PERFIL <u>RISCO ALTO</u>		

Variância = 0,28 Coeficiente de Variância do Perfil: 7,11%	
---	--

Fonte: elaborado pelo autor.