

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Beatriz Santana Caçador

**CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte

2012

Beatriz Santana Caçador

**CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte

2012

ATA DE NÚMERO 390 (TREZENTOS E NOVENTA) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BEATRIZ SANTANA CAÇADOR PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 20 (vinte) dias do mês de dezembro de dois mil e doze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*", da aluna Beatriz Santana Caçador, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria José Menezes Brito (orientadora), Flávia Regina Souza Ramos e Kênia Lara Silva, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram **Beatriz Santana Caçador, aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2012.



Prof.^a. Dr.^a. Maria José Menezes Brito
 (orientadora)



Prof.^a. Dr.^a. Flávia Regina Souza Ramos



Prof.^a. Dr.^a. Kênia Lara Silva



Grazielle Cristine Pereira
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Laria
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
 Em 05 / 02 / 13



*D
E
D
I
C
A
T
Ó
R
I
A*

*Dedico este trabalho àqueles que me
dedicam suas vidas: meus pais Geraldo e
Luzia, e meus irmãos
Álvaro, Fabiano e Ricardo*

A
G
R
A
D
E
C
I
M
E
N
T
O
S

Este trabalho foi construído com muitas mãos, olhares e corações. A todos que tornaram concreto este sonho, meus sinceros agradecimentos!

À Deus, grande Autor da vida, que mesmo que eu não mereça, “fizeste em mim Sua morada”. Te louvo e a Ti rendo graças por mais esta dádiva!

À querida Orientadora Maria José Menezes Brito, um anjo revestido de gente, com quem aprendi que a ciência é construída com pesquisa e conhecimento, mas, sobretudo, com desejo, afeto, sensibilidade, intuição e compromisso com um mundo melhor. Obrigada pelos cuidados de mãe, amiga e educadora!

Aos meus pais, Geraldo e Luzia, cujo olhar repleto de orgulho me serviram de fonte de inspiração e força para continuar a caminhar

Aos meus irmãos, cada qual à sua maneira, contribuíram de forma especial nesta caminhada: ao Álvaro, o segundo pai, obrigada pelo zelo e proteção; Ao Fabiano, meu mentor intelectual, obrigada. Ao Ricardo, meu “quase gêmeo”, obrigada pela amizade e companheirismo de sempre

À Vera, minha segunda mãe, que me deu seu carinho e sua família, e me acolheu na sua vida.

À professora Marília Alves, Kênia Lara da Silva, Maria Flávia Gazzinelli, Cláudia Penna e Sônia Maria Nunes Viana por me acolherem carinhosamente nesta casa, pelo exemplo profissional que me proporcionam, pelo carinho e oportunidades que me foram dadas.

À professora Anna Maria Salimena por ter aberto meus caminhos e me possibilitado alçar grandes voos

À professora Bernadete Marinho Bara de Martin Gama: a distância, ao contrário do que se poderia imaginar, aumenta meu encantamento por você!

Ao professor Orlando Lyra de Carvalho Júnior, com sua pedagogia do afeto me ajudou a dar os primeiros passos para chegar até aqui

Aos queridos amigos do NUPAE: Angélica Mônica, Letícia Freitas, Meiriele Tavares, Hellen Ribeiro, Roberta Mendes, Andrea Guerra, Daniela Soares, Heloíza Rennó, Tereza Cristina e Fátima Roquete

À querida amiga Livia Montenegro, que desde o primeiro dia que aqui cheguei acolheu-me com seus braços, seu sorriso e seu carinho

Ao querido amigo Gelmar, fonte de inspiração e exemplo de competência, Minha admiração por você é eterna!

A
G
R
A
D
E
C
I
M
E
N
T
O
S

Aos “intercessores deleuzianos” do Café Filosófico: Carol Caram, Fabiana Lopes, Camila Campos, Rafael Carvalho, Marcelo Picolete, João Carlos, Tatiana Tavares, Ísis Eloah e Ana Paula Mendes

Ao amigo Lucas Lobato que, com sua racionalidade perspicaz, me faz sonhar com os pés no chão. Obrigada pela sabedoria, tempo, cuidado e críticas compartilhados e pelos seus amigos que você, carinhosamente, me deu!

Ao nosso apoio técnico, logístico e emocional, Ana Luiza Gomes, obrigada pela disponibilidade, competência e dedicação em ajudar sempre, em qualquer hora e para qualquer fim.

As queridas bolsistas de iniciação científica: Jéssica Guerra e Lorena Ramos que foram fundamentais no árduo trabalho de transcrição. Muito obrigada!

À Marcinha e Camila, que me trouxeram alegria e inspiração. Obrigada pelos cuidados de mãe, pelos conselhos de irmã e pelo afeto de amiga com que me dedicaram com tanto carinho todos os dias na nossa casa.

Ao amigo Guilherme Knop que, ao “pegar na minha mão” dizendo “Vai”, fez com que eu acreditasse que realmente podia ir... Seu apoio, amizade e porto seguro foram fundamentais nesta caminhada desde quando ela existia só no mundo das ideias!

Aos amigos de Juiz de Fora: Flaviane Bevilacqua, Dayiene Azevedo, Gisele Cruz, Carol Sixel, Nandinha Pita, Lívia Laroqui, Felipe Muniz, Ramon Muniz, Jonas Muniz, André Bunitim, Ane Moreira, Pablo Cordeiro, Rafael Pereira por compreenderem meu abandono

À família que a vida me trouxe e, que mesmo à distância, estavam comigo na torcida, nas orações e no coração: Suzane Lamah, Mayara Paratella, Letícia Costa, Ludmila Tavares e Paulinha Freire.

À CAPES por ter me dado a oportunidade de fazer do meu estudo, o meu trabalho. Dedicar-me exclusivamente a esta pesquisa me proporcionou crescimento pessoal e profissional sem medida.

À Rosânia, jornalista da acessória de comunicação da EE-UFMG, sua ternura de sempre e companhia nos almoços me inspiravam e faziam-me mais feliz!

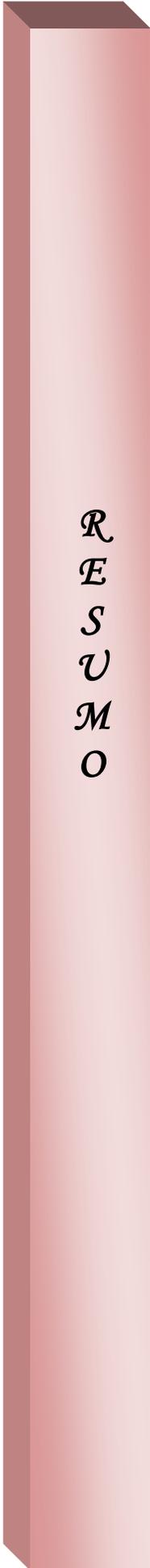
À Lílian, Matheus e Taís, secretários do ENA, pela atenção e disponibilidade de sempre.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pelas oportunidades proporcionadas nesta trajetória

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora onde trilhei meus primeiros passos na enfermagem.

CAÇADOR, B. S. **Configuração identitária do enfermeiro na estratégia de saúde da família.** 2012. 180 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

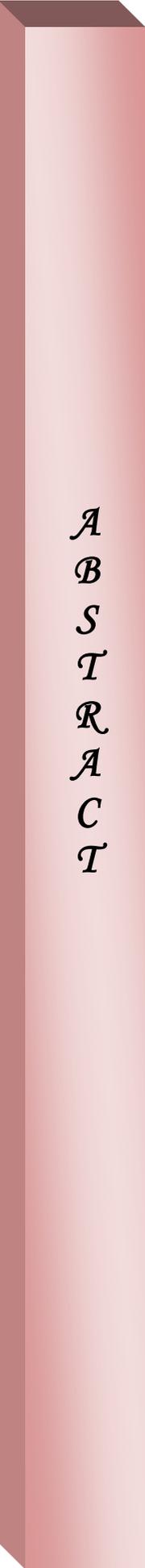
O presente estudo teve como objetivo compreender a identidade social do Enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Distrito Sanitário Centro Sul, no município de Belo Horizonte, tendo como pressuposto que a reorganização ideológica e estrutural do processo de trabalho por meio da ESF influenciou a configuração identitária desses Enfermeiros. O estudo foi realizado com sete equipes de saúde da família no município de Belo Horizonte, MG. Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de dois grupos: os nucleares - sete enfermeiros; e os secundários: sete agentes comunitários de saúde, seis técnicos de enfermagem e quatro médicos, todos atuantes na saúde da família há pelo menos cinco anos, totalizando vinte e quatro sujeitos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (Parecer: 0128.203.000-10) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) (Parecer 006.2012A). Trata-se de uma pesquisa qualitativa e para coleta de dados foi utilizada a entrevista com roteiro semi estruturado após o consentimento dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo à luz de Bardin (1977). Os resultados foram agrupados em três dimensões, a saber: Dimensão Micropolítica que compõe a análise do mundo vivido dos enfermeiros, a Identidade Social Real e Virtual e também o Relacionamento Interpessoal e Construção Identitária; Dimensão Organizacional que aborda os avanços e desafios da ESF; e a Dimensão Sistêmica na qual se analisa a Rede de Assistência à Saúde (RAS) em Belo Horizonte, suas potencialidades e fragilidades e a influência deste arranjo organizacional nas práticas cotidianas dos enfermeiros da ESF. Na Dimensão Micropolítica os dados revelaram que o mundo vivido pelos enfermeiros da ESF é marcado por situações ambíguas no seu cotidiano que transitam entre uma maior autonomia de intervenção e tomada de decisão à impotência e ausência de governabilidade para transformar realidades e necessidades por eles identificadas. Os enfermeiros experimentam, ainda, sentimentos de prazer tendo em vista as possibilidades de atuação emancipatória que a ESF lhes proporciona, mas também angústia e sofrimento pela pouca valorização profissional e reconhecimento que lhes são conferidos pela gestão. Apontam que os salários não são proporcionais à carga de responsabilidades e cobranças que a eles se impõem. Seu cotidiano é caracterizado por sobrecarga de atribuições de várias naturezas, específicas para o enfermeiro ou não, contribuindo para que na ESF o conjunto de atividades prescritas como da estratégia não sejam prioridade. Com relação à Dimensão Organizacional, constatou-se que a estrutura física dos centros de saúde determina condições de trabalho precárias que limitam a atuação do enfermeiro. A gestão determina processos de trabalho incoerentes com a lógica da ESF como é o caso da implantação do Protocolo de Manchester na APS. Fazer a ESF funcionar sem proporcionar condições para sua efetivação pode gerar deturpação na lógica de trabalho das equipes fazendo com que os usuários sejam tutelados pela ESF ao invés de emanciparem-se como sujeitos. O desequilíbrio no atendimento da demanda espontânea fortalece o distanciamento entre as dimensões prescrita e real na ESF. Além disso, na



**R
E
S
U
M
O**

perspectiva dos profissionais da ESF, o enfermeiro é quem dá o tom e o ritmo do trabalho à saúde da família, refletindo a própria identidade da estratégia. A Dimensão Sistêmica apresenta a RAS como importante dispositivo de organização da assistência e que merece destaque por ser desenvolvida em uma capital de grande porte, com Belo Horizonte. Entretanto, muitos são os desafios que ainda precisam ser superados dentro os quais destaca-se a falta de continuidade no cuidado face ao estrangulamento da atenção secundária, carência de profissionais para determinadas especialidades e ausência de serviços para atender algumas necessidades de saúde como por exemplo demandas de adolescentes dependente químicos. Assim, os profissionais da ESF identificam demandas que ficam reprimidas ali, o que compromete a resolutividade do cuidado iniciado na APS. Perante as fragilidades estruturais que apresenta a ESF e comprometem a qualidade do trabalho do enfermeiro, percebe-se que este profissional reconhece suas atribuições na ESF, compreende a necessidade de mudar a lógica das intervenções em saúde, mas não encontra condições viabilizadoras para efetuar essas transformações. Os enfermeiros da ESF lutam, no cotidiano, para serem enfermeiros de ESF e a distância entre o prescrito e o real no seu exercício profissional lhes gera sentimentos de sofrimento, frustração e angústia. Uma alternativa sugerida pelos sujeitos nucleares e secundários desta pesquisa para minimizar esse quadro, é a implantação de Equipes de Apoio de enfermeiros nos centros de saúde que ficariam responsáveis pelas demandas da unidade, possibilitando aos enfermeiros da equipe da ESF realizarem suas atribuições dentro da ESF. O estudo possibilitou compreender a realidade vivida pelos enfermeiros da ESF, identificar as singularidades deste cenário bem como analisar sua construção identitária. Além disso, foi possível delinear elementos que dizem respeito às formas complexas do Ser e fazer do enfermeiro por meio das quais identidade, formação e trabalho se relacionam. Por fim, o estudo revelou as interfaces existentes entre os arranjos organizacionais e a configuração identitária do enfermeiro na ESF.

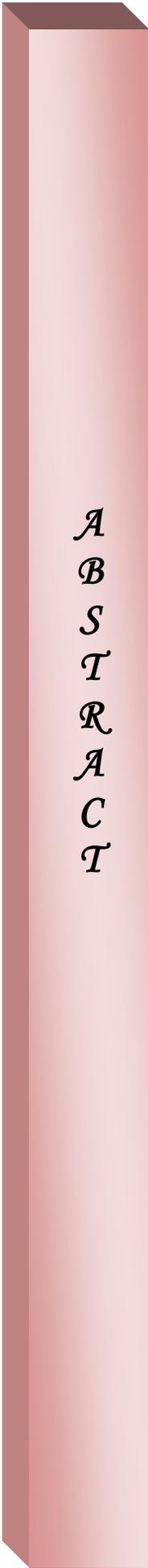
Palavras chave: Enfermagem; Saúde da Família; Crise de Identidade



*A
B
S
T
R
A
C
T*

CAÇADOR, B. C. **Nurse's identity configuration in the family health strategy.** Dissertation (Master's in Nursing) – 180 p. School of Nursing, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

The present study aimed to understand the nurse's social identity in the context of the Family Health Strategy (ESF) in a Health District in Belo Horizonte, with the assumption that the ideological and structural reorganization of the work process through the ESF had influenced the identity configuration of these nurses. The study was conducted with seven family health care teams in the city of Belo Horizonte, MG. The study subjects consisted of two groups: the core - seven nurses, and the side: seven community health agents, six practical nurses and four doctors, all working in family health team for at least five years, totaling twenty- four subjects. The study was approved by the UFMG's Ethics and Research Committee (0128.203.000-10) and the in the local Ethics and Research Committee of Belo Horizonte (PBH) (006.2012A). This is a qualitative research and for the data collection was used the semi-structured interview after the consent of the subjects and signing the inform consent (TCLE). For data analysis, we used the technique of content analysis in the light of Bardin (1977). The results were grouped into three dimensions, namely: Micropolitical Dimension that makes the analysis of the lived world of nurses, the Real and Virtual Social Identity and also Interpersonal Relationship and the Identity Construction; Organizational Dimension which covers the progress and challenges of the ESF, and the Systemic Dimension in which he analyzes the Health Care Network (RAS) in Belo Horizonte, their strengths and weaknesses and the influence of this organizational arrangement in the daily practices of the ESF nurses. In the Micropolitical Dimension the data revealed that the world experienced by nurses of the ESF is marked by ambiguous situations in their daily work, transiting between greater autonomy of action and decision-making to impotence and lack of governance to transform realities and needs that they have identified. Nurses experience also feelings of pleasure considering the emancipatory possibilities of action that the ESF gives them, but they also feel anguish and suffering because of the little professional appreciation and recognition given to them by management. The nurses indicate that wages are not proportional to the load of responsibilities and demands that are impose to them. Their everyday life is characterized by the overload of different kinds of assignments, specific to the nurse or not, contributing to the ESF set of prescribed activities and the strategy not being priority in their work. Regarding to the Organizational Dimension, it was found that the structure of the health centers determines precarious working conditions that limit nurses' performance. The management determines inconsistent work processes with the logic of the ESF as is the case of the implementation of the Manchester's Protocol in the primary health care system (APS). Making the ESF work without providing conditions for its implementation can generate distortion in the logic of the working teams causing the user's protection by ESF rather than the emancipation of themselves as subjects. The imbalance of the spontaneous demand assistance strengthens the gap between the prescribed and real dimension of the ESF. Moreover, in the perspective of the ESF professionals, the nurse is the one who sets the tone and pace of work to the family health care team, reflecting the very identity of the strategy. The Systemic Dimension presents the RAS as an important device in the assistance's organization and that deserves a standout for being developed in a large capital, like Belo Horizonte. However, there are many challenges that must be overcome, like: the lack of continuity in care due to the bottleneck of secondary health care system, shortage of



*A
B
S
T
R
A
C
T*

professionals for certain specialties and lack of services to assist some needs such as adolescent's drug abuse demands. Thus, the ESF professionals identify demands that are repressed, which compromises the resolution of care starts in APS. Given the structural weaknesses that ESF presents and compromise the quality of nursing work, it is notice that this professional recognizes its responsibilities in ESF, understands the need to change the logic of health interventions, but did not find enablers conditions to perform these transformations. The ESF nurses struggle, in their everyday, to be EFS's nurses and the distance between the prescribed and real in their professional endeavors generates feelings of grief, frustration and anguish. An alternative suggested by the nuclear and secondary subjects of this research to minimize this framework is the deployment of Support Teams of nurses in the health centers that would be responsible for the demands of the unit, enabling ESF's nurses to perform their duties within the ESF. The study allowed us to understand the reality experienced by nurses in the ESF, identify the singularities of this scenario and analyze their identity. Furthermore, it was possible to outline elements relate to complex forms of being and the doing of the nurses through which identity, training and work are related. Finally, the study revealed the interfaces between organizational arrangements and the identity configuration of the nurse in the ESF.

Key Word: Nursing; Family Health; Public Health Nursing; Identity Crisis

QUADRO 1: Atribuições transversais a todos os profissionais da ESF.....	37
FIGURA 1: Dimensões do cuidar na Estratégia de Saúde da Família	38
FIGURA 2: Identidade social e dimensões da gestão do cuidado.....	46
FIGURA 3: Distritos Sanitários de Belo Horizonte.....	51
QUADRO 2: Bairros da Regional Centro-Sul.....	52
FIGURA 4 Análise da Identidade Social do enfermeiro no contexto da ESF.....	68

*L
I
S
T
A

D
E

T
A
B
E
L
A
S*

TABELA 1: Perfil dos sujeitos nucleares de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional.....	61
TABELA 2: Perfil dos Médicos de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional.....	64
TABELA 3: Perfil dos técnicos de enfermagem de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional.....	64
TABELA 4 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional.....	65

*L
I
S
T
A

D
E

A
B
R
E
V
I
A
T
U
R
A
S*

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AE – Auxiliar de Enfermagem

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NUPAE – Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Assistência à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TE – Técnico de Enfermagem

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Nota preliminar sobre o sujeito pesquisador.....	15
1.2 Gênese do estudo.....	17
1.3 Objetivo.....	21
1.3.1 Objetivo Geral.....	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 O sistema de saúde brasileiro e a coexistência de modelos assistenciais antagônicos: arena de disputas paradigmáticas.....	22
2.1.1 O modelo tradicional, biomédico ou hospitalocêntrico.....	24
2.1.2 O modelo de Atenção Primária à Saúde.....	27
2.1.3 A Estratégia de Saúde da Família.....	30
2.2 O trabalho do enfermeiro na saúde da família: interface com dimensões do cuidar.....	33
2.3 Identidade.....	39
2.4 Dimensões da gestão do cuidado: interface com a identidade social.....	44
3.PERCURSO METODOLÓGICO	49
3.1 Estratégia de estudo.....	49
3.2 Cenário	50
3.3 Sujeitos Nucleares e Secundários.....	52
3.4 Coleta de dados.....	54
3.5 Análise dos dados.....	56
3.6 Aspectos éticos.....	57
3.7 Impressões obtidas durante a inserção no campo.....	57
3.8 Perfil dos Sujeitos.....	60
3.8.1Sujeitos Nucleares – Enfermeiros de Saúde da Família.....	60
3.8.2 Perfil dos sujeitos secundários.....	63
4. COMPREENDENDO A CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO NA ESF	66
4.1 Dimensão Micropolítica.....	69
4.1.1 O Cotidiano na Saúde da Família – O Mundo Vivido dos Enfermeiros.....	69
4.1.2 Identidade Social Real.....	88
4.1.3 Identidade Social Virtual.....	102
4.1.3.1 Atos de Atribuição – Aspectos Profissionais	103
4.1.4.Relacionamento Interpessoal e Construção Identitária.....	126
4.2 Dimensão Organizacional.....	139
4.2.1 Estratégia de Saúde da Família: Em Defesa da Autonomia ou da Dominação dos Sujeitos?.....	146
4.3 Dimensão Sistêmica	151
4.3.1 A Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte: Avanços e Desafios na Perspectiva de Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.....	151
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICES	174
ANEXOS	179

*"Não sei...
se a vida é curta ou longa demais pra nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita,
alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não
seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira,
pura...enquanto durar...."*

(Cora Coralina)

1. INTRODUÇÃO

Mas não sou completa, não. Completa lembra realizada. Realizada é acabada. Acabada é o que não se renova a cada instante da vida e do mundo. Eu vivo me completando... mas falta um bocado (Clarice Lispector).

1.1 Nota preliminar sobre a pesquisadora

As inquietações sobre a configuração identitária do enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) estão relacionadas à minha vivência profissional percorrida entre os anos de 2009 e 2011 na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Na época, a equipe da qual eu era integrante, era responsável por um território de aproximadamente 3.200 pessoas. Como enfermeira, eu coordenava uma equipe composta por seis agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem e um médico. Foram dois anos provando os prazeres e dissabores profissionais e pessoais de se trabalhar com saúde da família em um contexto de transição paradigmática do modelo assistencial em saúde.

No cotidiano de trabalho eu me deparava constantemente com situações conflituosas as quais aparentemente eram provenientes da distorção, por parte da equipe, da comunidade, da gestão e dos próprios enfermeiros, dos papéis e atribuições que de fato competiam legal e eticamente aos enfermeiros da saúde da família.

Percebia que, por diversas razões, o enfermeiro se distanciava das atribuições que lhes eram previstas e acumulava atividades que poderiam ser realizadas por todos os membros da equipe de saúde da família. Neste contexto, destaco alguns aspectos que me chamaram atenção, por exemplo, a falta de identificação com as atividades, desconhecimento do novo papel proposto pela política de saúde, os dispositivos de gestão que fortaleciam o distanciamento entre as atribuições prescritas para o enfermeiro e aquilo que ele desempenha no cotidiano.

Percebia, então, com frequência que mesmo aqueles enfermeiros que possuíam qualificação e entendimento sobre a proposta de saúde da família e, sobretudo, que nela acreditavam, nem sempre conseguiam traduzir em suas práticas os novos modos de fazer

saúde de forma coerente com o designado pela política de saúde. Isto porque nem sempre a gestão viabilizava condições estruturais que permitissem ao enfermeiro desempenhar seu papel conforme sua formação e seus preceitos éticos.

Esse contexto evidencia como a prática de enfermagem, por ser uma prática social, estabelece relação com o contexto em que se desenvolve. Significa dizer que a construção da identidade envolve aspectos inerentes à subjetividade dos sujeitos por relacionar-se aos processos formativos, a história e vida, os valores nos quais se apóia, às relações que estabelece e ao contexto do qual faz parte.

Essa situação me inquietava e instigava a busca da compreensão sobre como os enfermeiros de saúde da família se percebem e como são percebidos pela equipe no exercício de sua função, haja vista a nova configuração de processo de trabalho proposta pela Estratégia de Saúde da Família. Desejava ainda refletir como esses enfermeiros traduzem, rompem ou perpetuam em suas práticas cotidianas os estereótipos historicamente construídos e cotidianamente legitimados da profissão os quais eu, mesmo jovem e com pouco tempo de formada, há muito já percebia.

Além disso, muito me chamava a atenção a influência da gestão, nas suas dimensões macro e micropolítica, no sentido de estabelecer condições de trabalho e criar arranjos organizacionais que interferissem diretamente nas práticas dos enfermeiros. A influência da gestão na conformação das práticas dos enfermeiros culmina, inevitavelmente, com grande influência na construção do Ser Enfermeiro, na sua apropriação pelos seus papéis específicos e na forma como a prática do enfermeiro é percebida pelos outros atores sociais que compartilham de seu cotidiano de trabalho.

Dessa forma, despertou-me o interesse de analisar o mundo subjetivo dos enfermeiros de saúde da família no que tange ao processo de construção de sua identidade de forma articulada com a realidade objetiva traduzida pelo novo modelo de atenção à saúde.

O ingresso no mestrado acadêmico na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFG) foi uma oportunidade para amadurecer as reflexões que emergiram na prática profissional, sustentada no referencial teórico e metodológico.

A esse respeito cabe salientar a opção pela abordagem sociológica de Claude Dubar que discute a construção das formas identitárias tendo como requisito de análise a visão do sujeito de quem se pretende conhecer a configuração identitária e também a visão dos indivíduos que com ele estabelecem relações no cotidiano. Esta escolha se deve à grande aproximação da orientadora desta pesquisa com a temática e com a análise sociológica de Dubar.

O referido autor propõe a análise das identidades sociais as quais envolvem aspectos singulares da vida dos sujeitos ao trazer para a discussão a identidade biográfica. Além disso, contempla a dimensão da identidade profissional, dela fazendo parte o percurso formativo e as práticas profissionais. Implica, ainda, na análise dos processos relacionais que acontecem no cotidiano, pois tem como pressuposto que a identidade é fruto das inúmeras socializações pelas quais passamos no decorrer da vida.

Encontramos, dessa forma, em Dubar, possibilidade de responder às inquietações iniciais que geraram este estudo e a partir dele, inúmeras outras já surgiram dando continuidade ao processo permanente de construção do conhecimento.

1.2 Gênese do Estudo

O movimento da Reforma Sanitária brasileira trouxe além da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública, um novo paradigma de saúde que ultrapassa questões organizacionais do modelo assistencial ao contemplar novos princípios e bases filosóficas na sua constituição (MERHY, 2002). Para além de uma reestruturação organizacional e institucional, a consolidação do SUS tem sua maior relevância no estabelecimento de uma reconfiguração ideológica, propondo um novo olhar sobre a saúde e suas determinações históricas e sociais. A concepção de saúde que emerge da Reforma Sanitária exige uma nova forma de organizar os processos de trabalho (FEUERWERKER, 2005; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007a).

A saúde é entendida como um componente do viver humano e condição de sua existência e, por este motivo, abrange todas as esferas sociais. É reconhecido que as determinações históricas de vida e trabalho criam condições diferenciadas de experimentar, sentir e viver a saúde de acordo com a classe social a que o indivíduo pertence. Significa dizer que o processo saúde-doença-cuidado envolve uma complexa teia de relações da qual fazem parte aspectos físicos, sociais, ambientais, psicológicos e espirituais das pessoas, bem como da atribuição de significados que elas conferem a todos os elementos envolvidos nesta construção (MINAYO, 2004).

No plano dos discursos e da dimensão ideológica, a saúde não é considerada como um bem de mercado, assumindo a condição de cidadania com a Constituição de 1988 e compondo o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Assistência e Previdência sociais. Constitui, portanto, o maior desafio aos profissionais de saúde consolidar, no cotidiano, esse novo

paradigma de tal forma que ultrapasse a expectativa de um direito instituído legalmente e seja um direito concretizado de fato. É preciso, pois, transformar os discursos em práticas cotidianas (FLEURY; OUVENEY, 2009).

Essa realidade determina aos profissionais que compõem as equipes de saúde o desenvolvimento de competências diferenciadas, novos processos de qualificação e formação acadêmica, novos perfis, além de novos comportamentos e habilidades gerando, com isso, um processo de reconfiguração identitária dessas profissões (BRITO, 2004).

Com a finalidade de operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS e constituir o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) brasileiro, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve sua origem em 1994 sob a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF). Na perspectiva de transformação do modelo assistencial, a ESF surgiu como uma forma de reorganização e reorientação das práticas assistenciais a fim de consolidar um novo jeito de fazer saúde (BORGES; NASCIMENTO, 2004; BRASIL, 2005; CAMPOS; GUERRERO, 2008; SOUZA; HAMANN, 2009; MARQUES; SILVA, 2004; NAVARRO et al., 2011; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A compreensão da ESF como dispositivo de mudança significa repensar as práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Isto porque se amplia a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam seus limites e suas possibilidades de atuação, requerendo, desses atores, novas habilidades bem como o (re) pensar de suas identidades profissionais (CAMPOS; GUERRERO, 2008). Aos enfermeiros tem tornado possível a ampliação de conhecimentos e habilidades técnicas capazes de influenciar sua identidade, exigindo-lhes o abandono de velhos padrões assistenciais fragmentários, imediatistas, reducionistas e mecanizados devendo substituí-los por ações transformadoras, emancipatórias e libertadoras com conseqüente formação de uma nova identidade (ARAUJO, 2003; GOMES; OLIVEIRA, 2005; NAVARRO et al., 2011).

É mediante a adoção de posturas diferenciadas em face das situações que se apresentam no cotidiano dos serviços, em sua maioria conflituosas, que o “ser enfermeiro” vai ganhando contornos e sua identidade vai sendo reconfigurada. A enfermagem é uma prática social que coloca os enfermeiros como protagonistas de um movimento que acontece em determinadas condições e que tem o potencial de transformar-se a si mesmo, transforme a realidade e também de reproduzi-la (NETO; RAMOS, 2004).

Surge, dessa forma, a inquietação com relação às novas configurações identitárias advindas da inserção dos enfermeiros em uma nova proposta de assistência, pautada na

integralidade e na promoção da saúde. A inquietação emerge no contexto de reconfigurações organizacionais, estruturais, processuais, assistenciais e gerenciais por que vem passando as instituições de saúde no Brasil a qual influencia e influenciará as relações de poder existentes nos processos de trabalho em saúde, inclusive aquelas legitimadas sob a égide do modelo médico hegemônico. (BRITO, 2004).

O estudo de identidade possibilita a compreensão da inserção dos sujeitos no mundo bem como de sua relação com seus pares, superiores e subordinados. É, pois, a identidade um fenômeno complexo, dinâmico e em constante reconstrução que emerge da interação entre o sujeito e a sociedade. É por meio dessas relações que a identidade é remodelada. Ressalta-se ainda que o ambiente de trabalho constitui-se como um lócus privilegiado para a formação das identidades sociais mediante as vivências ali experimentadas (AVELAR; PAIVA, 2010).

A identidade é, então, uma construção social em permanente movimento e alicerçada nas interações entre os sujeitos, os quais propiciam o revelar de si mesmos (DUBAR, 2005; BRITO, 2004). A identidade é, nessa perspectiva, fruto de intensas e constantes socializações e assegurada pela individualização. Significa dizer que a identidade constrói-se ao longo da vida, tendo início na infância permanecendo em constante processo de refazer-se (DUBAR, 2005). A individualização refere-se ao processo de ressignificação e reorganização do conjunto de elementos que compõem a trajetória histórica dos sujeitos. As socializações são processadas e interiorizadas de acordo com a visão de mundo dos sujeitos em determinado tempo-espaço. É a inserção do sujeito no mundo que lhe propicia a (re) construção e o (re) conhecimento de si mesmo (DUBAR, 1997).

A compreensão da natureza instável, dinâmica e não fixa da identidade abre perspectivas para sua reflexão nos níveis individual, grupal, organizacional e social, revelando suas múltiplas faces e delineando uma arena de tensão e conflito devido à possível contradição entre a auto apresentação e a percepção dos demais (BRITO, 2004). A construção da identidade ocorre, dessa forma, na interface de dois elementos interdependentes: a identidade pessoal ou para si e a identidade para os outros. Destaca-se a natureza complexa e dinâmica dessa construção dado que não se trata de um processo linear e estável (SANTOS, 2005).

Dubar (1998) denomina a articulação de identidades sociais reais e virtuais, haja vista que sua construção se dá por meio da ocorrência mútua de dois processos: o processo biográfico (para si) denominada identidade social real e o processo relacional (identidade para o outro), que corresponde à identidade social virtual. Essas categorias, destinadas à

identificação dos outros e de si próprio, variam conforme os espaços nos quais se dão as interações sociais.

No que concerne à ESF cabe ressaltar que de acordo com a literatura, a partir de sua implantação da ESF, emergiu um campo fértil para o fortalecimento da autonomia do enfermeiro e uma necessária reconfiguração de sua identidade. (SILVA et al, 2002; GOMES; OLIVEIRA, 2005). Segundo a literatura a inserção do enfermeiro na APS proporcionou-lhe maior reconhecimento profissional bem como um maior controle sobre seu processo de trabalho e ao saber a ele associado. Entretanto, percebe-se que o cotidiano do enfermeiro da ESF é marcado pelo distanciamento entre a dimensão prescrita e dimensão real na realidade concreta das organizações (CHANLAT, 1995). Há, dessa forma, um hiato entre o que é prescrito como atribuição do enfermeiro na ESF e o real, ou seja, aquilo por ele desempenhado de fato.

A situação descrita influencia a consolidação do SUS e do campo potencialmente emancipador para as práticas de enfermagem. Em consonância com os resultados de pesquisas desenvolvidas por Pavoni e Medeiros (2009, p. 265) percebe-se que o enfermeiro na ESF “desenvolve inúmeras funções, que poderiam ser compartilhadas, sobrecarregando-o e dificultando o cumprimento das atribuições inerentes a sua profissão”. Marques e Silva (2004) revelam, ainda, em sua pesquisa, a ocorrência de insatisfação por parte dos enfermeiros que atuam na ESF devido à sobrecarga de trabalho e à demanda excessiva nos serviços, impossibilitando intervenções na comunidade, para além dos muros do centro de saúde, reproduzindo a forma tradicional de se fazer saúde. Assim, o que se tem percebido é que “no cotidiano da profissão os enfermeiros não têm desempenhado seu próprio papel” (GOMES; OLIVEIRA, p.149, 2005).

Esse contexto pode influenciar a imagem profissional gerada a qual, por sua vez, impacta socialmente tanto no reconhecimento quanto valorização desse profissional pela sociedade, pelos outros membros da equipe de saúde e pelos seus pares (GOMES; OLIVEIRA, 2008a).

O desejo por essa temática foi suscitado no contexto crítico e desafiador de transformação do modelo assistencial em saúde e de abertura de um amplo espaço de atuação do enfermeiro em uma perspectiva mais autônoma e emancipatória emergindo, portanto, a necessidade de se refletir como tem sido a apropriação do enfermeiro por esses espaços bem como tem sido delineada sua identidade nesse novo contexto. Pretende-se, nessa perspectiva, responder à seguinte questão norteadora: Como vem se configurando a identidade do

enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte?

1.3. Objetivo

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a configuração identitária do enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Sistema de Saúde brasileiro e a coexistência de modelos assistenciais antagônicos: arena de disputas paradigmáticas

Segundo Paim (2002) fazem parte da composição de um sistema de saúde a infraestrutura, a organização, a gestão, o financiamento e a prestação da assistência. É dentro da prestação da assistência que se encontra a noção de modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde fazendo referência ao cuidado, intervenção, assistência e às práticas de saúde propriamente ditas. O autor entende as práticas de saúde como “conteúdo” do sistema de saúde e os demais elementos (infra-estrutura, gestão, organização e financiamento) como “continente” do sistema de saúde (PAIM, 2002, p.548).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil em 1990, a partir das Leis 8.080 e 8.142 da Constituição Federal. Tem como princípios a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Suas diretrizes organizacionais são a descentralização, regionalização, hierarquização e o controle social (LINARD et. al, 2011).

O SUS introduz um novo modelo de atenção à saúde que constitui um marco na história das lutas pela redemocratização do país. Entretanto, sua definição como política pública, embora evidencie uma conquista inquestionável no que se refere à cidadania do povo brasileiro, não significa mudança imediata da realidade concreta dos serviços de saúde. O processo de transformação da realidade não acontece de forma linear existindo sempre dentro dele arenas de tensão e conflito, de avanços e retrocessos, de renovação e de permanência de paradigmas.

No âmbito do SUS, segundo Fleury (1997, p. 7) “as próprias contradições geradas no processo de institucionalização do SUS, demarcaram os limites, possibilidades, paradoxos e desafios que estão por ser enfrentados”. Dentre os desafios, destaca-se a reorganização dos serviços de saúde em um contexto marcado pela coexistência de modelos assistenciais com filosofias antagônicas: o modelo biomédico, resquícios do modelo sanitarista e o SUS como novo modelo orientado pela Atenção Primária à Saúde e pela perspectiva da Promoção da Saúde.

Modelo de atenção à saúde, na concepção de Paim (2002, p. 548), consiste em uma “representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no que tange à prestação da atenção”. Possibilita a identificação dos traços principais do sistema de saúde, de seus

fundamentos, princípios e da razão de sua existência. Para o autor modelo de assistência é uma forma de representar a realidade de saúde e que adota racionalidades específicas para orientar as ações de saúde. A depender dessas racionalidades, são feitas combinações tecnológicas e são determinados os processos de trabalho (PAIM, 2002).

Para Campos (1997) apud Rosa e Labate (2005) modelo de assistência à saúde é definido como:

(...) um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia (CAMPOS, 1997 apud ROSA; LABATE, 2005 p. 1028)

Ayres (2009, p. 12) de forma sintética e consonante aos outros conceitos acima apresentados, define modelo de atenção à saúde como “convergências de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduo e populações”. Ayres (2009), Paim (2002) e Campos (1997) compartilham a compreensão de que o conceito de modelo não está relacionado ao seu habitual sentido de padronização e engessamento. Ao contrário, um modelo tem como potencial propiciar diálogo entre as dimensões estratégicas, políticas e técnicas que possuem interesses em comum.

Neste estudo, entendemos modelo de atenção à saúde como o conjunto de arranjos tecnológicos que tem por objetivo atender os problemas de saúde individuais ou coletivos. O modelo de atenção à saúde direciona as práticas profissionais a partir do estabelecimento de princípios éticos, de evidências clínicas e de composições organizacionais que de forma articulada buscam intervir nas necessidades de saúde da população.

As práticas profissionais na atenção primária são desenvolvidas no contexto de transição do modelo de atenção à saúde, fortemente marcado por disputas de interesse e conflitos ideológicos que, inevitavelmente, interferem na composição dos arranjos organizacionais. Ao interferir nas práticas profissionais, essa conjuntura compõe parte importante do processo de construção identitária do enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família.

A fim de compreender esse contexto onde a identidade do enfermeiro está sendo reconfigurada, apresenta-se uma breve revisão de literatura a respeito dos modelos assistenciais que coexistem no interior do sistema de saúde brasileiro. Inicialmente faz-se

uma retomada histórica do surgimento do modelo biomédico e do modelo de atenção primária à saúde e discute-se como são organizados os processos de trabalho em cada modelo. Na sequência, são abordados aspectos conceituais da ESF e sobre a perspectiva sociológica do estudo de identidade. Em seguida, é feita uma breve revisão sobre o trabalho do enfermeiro na ESF à luz da teoria das dimensões do cuidado em Enfermagem proposta por Guimarães e Bastos (2000). E, por último, apresenta-se uma reflexão teórica sobre a identidade social no contexto das dimensões da gestão do cuidado, estabelecendo interface entre a teoria analítica de identidade proposta por Dubar (2005) e teoria de gestão do cuidado proposta por Cecílio (2009).

2.1.1 O Modelo Tradicional, Biomédico ou Hospitalocêntrico

Esta seção tem por objetivo fazer um resgate histórico sobre a legitimação do modelo biomédico para entender como ele se tornou o eixo norteador privilegiado das práticas de saúde atuais. Com essa retrospectiva, buscou-se compreender a conformação dos processos de trabalho ainda hegemônicos e quais os desafios que se apresentam ao atual modelo de atenção à saúde na tentativa de transformar essas práticas profissionais. Tem-se como pressuposto que a transformação das práticas profissionais influencia a configuração identitária das profissões, em especial do enfermeiro.

Merhy *et. al* (1998) afirmam que o modelo assistencial vigente produziu “a morte da ação cuidadora dos vários profissionais de Saúde” (MERHY, 1998, p.8) tendo como consequência a construção de “modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos” (MERHY, 1998, p.8). A origem da lógica atual que sustenta essas práticas de saúde remonta à própria história do nascimento do hospital.

A saúde esteve historicamente associada ao hospital que tem sua origem, segundo Foucault (1979), como um receptáculo social destinado à abrigar os miseráveis, marginalizados e excluídos socialmente que lá ficavam isolados quando enfermos. Caracteriza-se, dessa forma, como espaço caritativo e fortemente marcado pelas práticas religiosas. Importante ressaltar que o hospital não surge como lugar de tratamento e produção de cuidado (FOUCAULT, 1979). O profissional que atuava no hospital era revestido de bondade, atuando por sacrifício, doação e missão, dedicando-se a trabalhos desprezíveis, mas que, ao mesmo tempo, os aproximava de Deus (FOUCAULT, 1979). Dessa época remontam,

segundo Maia e Osório (2004) os estigmas ainda presentes na Enfermagem, os quais conferem à profissão o legado de benevolência, doação e caridade.

Ao final do século XVIII tem início o modelo clínico, paralelo ao surgimento do capitalismo. Isto porque com o advento deste novo modo de produção, houve grande êxodo rural para as cidades provocando a perpetuação de doenças infecto-contagiosas dadas às precárias condições de vida a que estavam submetidos estes imigrantes. Nesse período, há um movimento social forte de transformação do hospital de uma perspectiva que o concebia como depósito de desvalidos para uma nova mentalidade que lhe atribuía a finalidade de ser lugar e instrumento de cura (MAIA; OSORIO, 2004).

É preciso, pois, nesse novo contexto manter corpos saudáveis e produtivos suficientemente capazes de compor a força de trabalho necessária para manter o novo sistema de produção. Surge, assim, uma lógica de controle sobre a força de trabalho a partir da qual a saúde é entendida como um dispositivo potencialmente capaz de propiciar tal controle (FOUCAULT, 1979). É nesse contexto que o modelo clínico vai ganhando forma e substância e:

(...) começa a haver um esquadramento dos corpos, que são catalogados e separados, o que torna o controle uma arma terapêutica importante e, sem dúvida, fomenta a invenção de saberes capazes de controlar as doenças de forma mais efetiva, com métodos de tratamentos que provocam progressiva queda nos índices de mortalidade, o que se estende até os dias atuais (MAIA; OSORIO, 2004, p.72).

É nesse contexto que, segundo Maia e Osório (2004), tem início a lógica instrumental e individualizante do cuidado dos sujeitos cujos corpos ficam reduzidos às suas dimensões biológicas. A este respeito afirmam que:

Este corpo, ao qual o seu possuidor não tem acesso algum, torna-se o corpo doente dos profissionais de saúde que nele e por meio dele desenvolvem uma prática que, se fomenta o saber e controla a doença, também desumaniza e torna a saúde uma mercadoria, um bem consumível, um produto do processo de trabalho de agentes sociais autorizados e legitimados e, portanto, também controlados por relações de poder (MAIA; OSÓRIO, 2004, p.72).

Segundo Chanlat (2000) o século XIX foi marcado pelo fortalecimento de uma perspectiva filosófica em que há um predomínio da dimensão econômica e política sobre a vida humana. O positivismo apresenta-se como um eixo ordenador ao redor do qual se organizaram as práticas e os modos de Ser dos sujeitos pautados na razão. Boff (1999)

denomina esse modo de compreender o mundo de *paradigma da razão abstrata*, a qual incidiu de forma significativa nas expressões do cuidar e na prática de saúde e da Enfermagem.

O modelo de atenção à saúde hegemônico é marcado por forte viés tecnicista, com foco na abordagem individual e por meio de processos de trabalho fragmentados, centrado no hospital e em procedimentos de alta densidade tecnológica. Esse modo de operar a saúde não atende a realidade do mundo contemporâneo, tanto no que concerne aos seus resultados e resposta às necessidades de saúde da população quanto na insuficiência econômica para sustentar essa lógica (ROSA; LABATE, 2005; MARCON; ELSSEN, 1999).

Há, no processo de trabalho tradicional organizado pelas especialidades e fragmentação do cuidado o fortalecimento das estratégias de biopoder (FOUCAULT, 1979) por meio das quais ocorre modelagens da vida humana sob regras e normas de bem viver, enaltecendo o saber-poder técnico dos profissionais de saúde e silenciando os usuários.

Massuda (2010) afirma que na atualidade os serviços de saúde se deparam com a necessidade de produzir novas práticas para atender às necessidades de saúde atuais. O autor defende que “as intervenções clínico-sanitárias tradicionais que foram capazes de controlar doenças e epidemias, prolongar a vida e aliviar a dor, mostram-se insuficientes para lidar com as demandas que se apresentam à saúde contemporânea” (MASSUDA, 2010, p. 180).

Marques e Silva (2004) ressaltam que o uso demasiado e indiscriminado de inovações tecnológicas no contexto atual contribuiu para uma fragmentação do saber de tal forma que gerou um processo de afastamento da enfermagem do seu foco de trabalho: o homem, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva. A esse respeito, Ayres (2004, p.82) afirma que:

As recentes transformações da Medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresenta efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identifica-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites.

O modelo assistencial hegemônico que se tem tentando substituir é marcado pela razão instrumental analítica que tende a orientar o cuidado segundo a lógica da intervenção e da cura. Contrapondo-se à perspectiva longitudinal da produção do cuidado que permeia todo o

processo de viver, as intervenções de saúde ocorrem em momentos pontuais do viver humano. O advento da ESF tenta inserir nessa prática profissional um olhar inovador com vistas à integralidade, a partir da junção de elementos racionais e sensíveis.

A ESF tem por missão reorganizar a atenção primária no país e, por conseguinte, reestruturar a assistência à saúde da população (MARSIGLIA; JUNIOR, 2010). Cortez e Antunes (2006) afirmam que a ESF traz consigo a necessidade da visão antropológica implicada no processo de cuidar e que tem sido suprimida e negligenciada pelo tecnocentrismo característico do modelo de atenção à saúde tradicional.

A nova política de saúde traduzida no modelo de APS no Brasil propõe o cuidar em enfermagem na ESF sendo desenvolvido na perspectiva da integralidade propiciando condições de enfrentamento e superação das práticas fragmentadas que têm sido características da enfermagem na modernidade.

2.1.2 O Modelo de Atenção Primária à Saúde

Um grande marco que influenciou o debate para definir novos rumos às políticas mundiais de saúde foi a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Na oportunidade, reafirmou-se o entendimento de saúde como direito humano fundamental, contemplando-se desde a necessidade de mudanças do modelo assistencial até a indispensável utilização racional de recursos (GIL, 2006).

A Declaração de Alma-Ata impulsionou o movimento da atenção primária à saúde mediante a adoção de tecnologias de baixo custo e simplificadas. Representa, na verdade, uma crítica ideológica ao modelo biomédico trazendo propostas para reorganização dos sistemas de saúde (PAIM, 2002).

Segundo o autor, em 1986 com a Carta de Otawa foi trazido para o debate a questão dos determinantes de saúde e estilo de vida. A Carta de Otawa consiste em outro importante marco para redefinição das políticas de saúde no mundo ao fortalecer a defesa da promoção da saúde como estratégia privilegiada para melhorar a qualidade de vida das populações (PAIM, 2002).

No Brasil, em face do inequívoco esgotamento do modelo de atenção à saúde centrado em procedimentos, tecnologia de ponta, com gastos exorbitantes e baixo impacto na saúde das populações, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária. Paralelamente ao movimento de

redemocratização do país, ocorreu a mobilização de forças em busca da construção de arranjos organizacionais que viabilizassem uma “nova concepção de política nacional de saúde e um novo paradigma para a orientação do modelo assistencial” (GIL, 2006, p. 11).

A repercussão da Conferência de Alma-Ata foi evidenciada na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) por meio da qual se instituiu nova abordagem ao conceito de saúde. Dessa forma, a saúde passou a ser entendida em uma perspectiva pluridimensional, reconhecendo-se quão relevante se fazem os determinantes sociais na sua composição. Surgiu, portanto, a necessidade de se construir processos de trabalho diferenciados, pautados em uma perspectiva interdisciplinar para ser coerente com a complexidade agora reconhecida no campo da saúde. (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A nova perspectiva que fundamenta os discursos e pretende mudar as práticas no campo da saúde, redimensiona a concepção do processo saúde e doença. Significa trazer para o debate a dimensão do cuidado à saúde que ultrapassa a intervenção técnica e compreende a relevância de se considerar os valores, crenças e atitudes que as pessoas e comunidades conferem ao seu viver (MINAYO, 2004).

Por influência da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi promulgada em 1988 a Constituição Federal Brasileira, fundamentada nesses novos princípios e conceitos. Em 1990, surge o SUS como uma tentativa de operacionalizar tais princípios por meio das leis orgânicas 8.080 e 8.142. O SUS é o marco que simboliza a vitória da democracia e do processo de reforma da atenção à saúde no Brasil, materializado pela Reforma Sanitária (SANTOS; CUTOLO, 2003). A este respeito afirma Magalhães Júnior (2008):

O Sistema Único de Saúde, audácia reivindicada pela sociedade brasileira no bojo da luta pela democracia, mais que estabelecer um direito, criou uma marca. Desde sua instituição em 1988 (há apenas duas décadas!), a saúde transpõe, em passos firmes e seguidos, o fosso que separa os bens coletivos dos objetos de consumo, ganhando consistência e visibilidade como um dos instrumentos mais potentes na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática, ao mesmo tempo em que altera geografias e modos de viver, alcançando existências que a exclusão tornava anônimas e invisíveis (MAGALHÃES JUNIOR, 2008, p. 8).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB)¹ é definida como o modelo de atenção à saúde potencialmente capaz de produzir resultados satisfatórios com

¹ A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para a Estratégia de Saúde da Família reconhece os termos Atenção

menor custo no que tange à saúde das populações, devendo ser ela a porta preferencial de acesso aos serviços de saúde (BRASIL 2006). A APS deve constituir-se como coordenadora do cuidado, sendo a arquiteta das comunicações entre os diversos pontos de atenção que compõem o sistema de saúde (MENDES, 2010).

A APS constitui uma política que prevê a articulação de diferentes ações de saúde tanto na esfera individual quanto coletiva cujo enfoque vai desde a promoção e proteção da saúde, prevenção de danos até o tratamento e reabilitação contemplando uma das múltiplas dimensões da integralidade. Fundamenta-se em uma perspectiva ampliada de saúde e por este motivo visa impactar nos determinantes e condicionantes direta ou indiretamente envolvidos com o processo saúde doença (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A operacionalização da APS ocorre por meio de práticas que se pretendem democráticas e participativas, contemplando ações de gestão e cuidado alicerçadas no trabalho em equipe. As intervenções são direcionadas a grupos populacionais delimitados em territórios específicos e sobre eles se assume responsabilidade sanitária. Para tanto, é preciso dispor de múltiplas tecnologias de cuidado de grande complexidade para responder às necessidades de saúde que se apresentam com maior importância e frequência no território de responsabilidade da equipe (BRASIL, 2006). Por território entende-se como sendo um

(...) espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que estas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução. É a concepção de território processo que além de um território-solo é um território econômico, político, cultural e epidemiológico, configurando uma realidade de saúde sempre em movimento, nunca pronto (BELO HORIZONTE, 2003, p. 3).

O trabalho na ESF se organiza a partir de um território específico no qual são definidas as áreas de responsabilidade sanitária de cada equipe e a população nela adscrita. No território, faz-se necessária a observação e reconhecimento das áreas de risco e vulnerabilidade nele presentes. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Para Monken e Barcellos (2005) o território, muito além de um recurso administrativo, se caracteriza como um espaço que ultrapassa a noção de extensão geométrica constituindo-se como um lócus de interação social, cultural e política dos sujeitos estando em permanente reconstrução.

Básica e Atenção Primária como equivalentes associando-os aos princípios e diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A APS segue a diretriz da descentralização a fim de aproximar-se do cotidiano dos indivíduos. É norteada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Para tanto, desenvolve estratégias para aumentar a acessibilidade aos serviços e criação e fortalecimento de vínculo com vistas à continuidade do cuidado mediante a responsabilização dos sujeitos. A APS é pautada no ideal filosófico da humanização e reconhecimento do protagonismo dos sujeitos nos seus modos de conduzir a vida e, sobretudo, na participação social para de fato intervir na realidade na qual se insere, gerando transformações que vão impactar positivamente nos determinantes do processo saúde doença (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A inserção no território adscrito prevê, ainda, a criação de vínculos com a comunidade. O vínculo é considerado recurso fundamental das práticas na APS e se traduz na “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de co-responsabilização entre eles, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2011, p.4).

A fim de operacionalizar os princípios da APS, o governo brasileiro criou a ESF como principal ferramenta organizacional do novo modelo assistencial.

2.1.3 A Estratégia de Saúde da Família

A origem da ESF remete a outro modelo de assistência à saúde que ainda hoje revela seus traços na conformação do atual sistema de saúde brasileiro. Trata-se do modelo sanitarista que se refere a estratégias adotadas pela saúde pública tradicional para intervir nos problemas de saúde da população. O modelo sanitarista ilustra a institucionalização da saúde pública no Brasil no século XX com forte presença de campanhas e programas normativos de vacinação, erradicação de doenças e controle de epidemias (PAIM, 2002).

Assim o mesmo autor reforça ainda que da mesma forma que o modelo hospitalocêntrico, o modelo sanitarista enfatiza o saber biomédico, baseado nos princípios da vigilância sanitária e epidemiológica. Programas especiais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram construídos com base neste modelo.

O PACS, criado em 1991, é considerado um dos inúmeros programas especiais do modelo sanitarista desenhado como política focalizada dirigida aos pobres e marginalizados

(PAIM, 2001). Por meio da ampliação da cobertura dos serviços de saúde às regiões empobrecidas e zonas rurais, obteve resultados positivos na redução da mortalidade materna e infantil nas regiões Norte e Nordeste do país (ROSA; LABATE, 2005).

Com o objetivo de ampliar a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o governo federal cria o Programa de Saúde da Família (PSF). No ano de 1996 a terminologia “Programa” cede lugar ao termo Estratégia, consolidando mais que uma mudança de nomenclatura, mas a manifestação pública do compromisso com este modo de organização do serviço de saúde no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005).

A ESF surge com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, com a atenção à saúde centrada na família entendida e percebida em seu ambiente físico, cultural e social. Constitui, assim, a principal estratégia de organização da atenção básica tendo sido instituída pela Portaria 692 do Ministério da saúde e operacionalizada pelas Secretarias Municipais de Saúde. A Equipe de Saúde da Família é constituída por no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde divididos em microáreas. Cada equipe é responsável por aproximadamente 2400 a 4500 pessoas ou 1000 famílias (BRASIL, 2005; GUEDES, 2001; MARQUES; SILVA, 2004; BORGES; NASCIMENTO, 2004).

Segundo Brasil (2000, p.15) por meio da ESF:

Configura-se (...) uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

As diretrizes organizativas da ESF são operacionalizadas mediante a implantação de equipes que se pretendem interdisciplinares em centros de saúde ou unidades de atenção primária à saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2005; OHARA; SAITO, 2010). Prevê relações horizontalizadas entre os profissionais da equipe com valorização dos diversos atores e de seus saberes.

Cabe salientar o potencial da ESF em operacionalizar a desejada transformação do modelo tradicional de organização dos serviços de saúde o qual, historicamente, tem sido marcado pela centralidade no fazer médico e pelo papel coadjuvante de outros profissionais de saúde. Com o advento da ESF a equipe passa a ter uma base interdisciplinar, constituindo-se como pilar dessa nova forma de conceber os processos de trabalho. (ARAUJO, 2003; ROSA; LABATE, 2005; BORGES; NASCIMENTO, 2004; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A ESF se traduz como possibilidade de produção de uma remodelagem do fazer em saúde permitir o desenvolvimento da capacidade de gerar e governar novas modalidades de produção de cuidado, caracterizando um movimento contra-hegemônico, no qual o cuidado ao sujeito, em seu contexto de vida, é o núcleo ao redor do qual transita todo esse complexo sistema de assistência à saúde (MERHY, 2002).

A ESF caracteriza-se como importante dispositivo de gestão para a mudança de modelo assistencial, redirecionando o foco da doença ao propor a ênfase em atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. Nessa perspectiva, Rosa e Labate (2005) afirmam que a ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próxima do seu “objeto” de trabalho, ou seja, das pessoas, das famílias e comunidades. A ESF possibilita condições de ultrapassar os limites de um trabalho técnico hierarquizado, alcançando a dimensão de um trabalho com interação social entre os trabalhadores, a partir da horizontalidade e flexibilidade dos diferentes saberes e poderes, viabilizando maior autonomia dos profissionais da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; MAIA; OSÓRIO, 2004).

As contradições e desafios que perpassam a trajetória histórica de construção e consolidação da ESF como estratégia privilegiada de estruturação da atenção básica reflete e traduz no cotidiano as questões emblemáticas que atravessam o SUS desde sua gênese. Assim, o dilema da saúde como direito constitucional surge em um contexto de fortalecimento do neoliberalismo como política econômica que prevê menor intervenção do Estado nas determinações econômicas. Duelam forças polares no interior do processo de estruturação do sistema de saúde brasileiro, ou seja, a concepção ideológica da saúde como direito de todos e dever do Estado se choca com o paradigma que entende a saúde como bem de mercado fortalecendo práticas de mercantilização da saúde (PIRES; GOTTEMS, 2009).

Pires e Gottems (2009) afirmam que entre o programa de saúde pública tradicional normativo e a ESF como estratégia de mudança radical dos processos de trabalho em saúde encontra-se o maior dilema do SUS: a perspectiva da universalidade do acesso à saúde

entendida como direito de cidadania em um contexto moldado pelos ditames neoliberais. A lógica neoliberal contradiz a noção de cidadania como direito e pouco ou nada viabiliza oportunidades de vida aos sujeitos.

Considerando o exposto, defende-se neste estudo a compreensão da reconfiguração identitária dos enfermeiros de saúde da família como pertencente à multiplicidade de aspectos que compõem dinâmica da micropolítica do cotidiano do serviço que, por sua vez, vão tecer o sistema de saúde de forma a torná-lo mais próximo ou mais distante das diretrizes operacionais, organizacionais e ideológicas que propõe.

Importa ressaltar que a operacionalização da ESF tem se dado de forma bastante prescritiva desenvolvendo-se por meio de pactuações, metas e estratégias estabelecidas e normatizadas em nível central (PASSOS, 2011). Além disso, Merhy *et. al* 2005) apontam como limitação da ESF a formatação e organização do processo de trabalho, haja vista que a adoção de um modelo de equipe único em todo o país minimiza as diferenças locais, desconsiderando as particularidades de cada cenário no que tange ao atendimento da demanda espontânea. Parte-se do ideário utópico que “a adscrição da população à equipe de saúde da família conseguisse responder pela totalidade das necessidades de atenção a saúde dos usuários” (MERHY *et.al*, 2005, p.16).

Tendo em vista a dificuldade dos enfermeiros na viabilização das possibilidades que a ESF lhe oferecem, torna-se pertinente refletir, repensar e analisar a prática do enfermeiro a partir dos princípios que norteiam o SUS para tornarem concretas as transformações necessárias à implantação do novo modelo proposto em detrimento da manutenção e reprodução do modelo biomédico hegemônico. Refletir sobre essa prática à luz de suas dimensões prescritas e real é fundamental para compreender como se estabelecem as relações profissionais no cotidiano dos serviços e os impactos de todo esse contexto na construção da identidade do enfermeiro nesse cenário de atuação.

2.2 O trabalho do enfermeiro na Saúde da Família – interface com as dimensões do cuidar

Nesta seção, buscou-se estabelecer a interface entre as atribuições que competem ao enfermeiro de saúde da família segundo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006 e atualizada em 2011 e as dimensões do cuidado de enfermagem proposta por Guimarães e Bastos (2000). Trata-se de uma articulação

da proposta teórica das dimensões do cuidado com as atividades que são de responsabilidade do enfermeiro de saúde da família.

A análise do trabalho do enfermeiro na ESF encontra relevância na medida em que pesquisas e investigações na área (GIL, 2006; PASSOS, 2011) têm revelado contradições no fazer do enfermeiro, as quais são evidenciadas por uma prática que, na perspectiva ideológica e discursiva, procura a transformação do modelo assistencial ao mesmo tempo em que o legitima e o reproduz com sua própria ação. É necessário refletir como tal contradição se expressa no processo de configuração identitária do enfermeiro que atua neste cenário. Dada a complexidade do fenômeno em questão, propõe-se reflexão sobre o trabalho do enfermeiro na ESF à luz de uma das teorias de enfermagem existentes, no caso, a teoria de Guimarães e Bastos sobre as dimensões do cuidar em enfermagem (2000) a qual reúne a síntese de inúmeras discussões sobre a temática que se estenderam por vários Congressos Brasileiros de Enfermagem na década de 90.

Deparamo-nos, na atualidade, com o desafio de tornar concreto o novo modelo assistencial proposto pela política de saúde. Lucena *et al.* (2005) definem modelo assistencial como sendo produto de uma construção histórica, social e política, inserida em um contexto dinâmico e multifacetado, que tem por objetivo atender as necessidades e interesses de grupos sociais. Dessa forma, constitui-se como uma estratégia organizacional que busca a articulação de forma racional de tecnologias materiais e não materiais, necessárias à intervenção em saúde. Tem, pois, como finalidade o enfrentamento de necessidades de saúde de caráter individual ou coletivo que se apresentem em um território determinado.

Lucena *et. al* (2005) assumem o pressuposto de que, a depender do modelo assistencial adotado por um Estado ou nação, distintas estratégias e modos de intervenção na realidade serão vislumbrados. Destaca-se, sobretudo, que a enfermagem tem importância singular na construção, implementação e manutenção de modelos assistenciais em saúde, sejam eles quais forem.

Merhy (1998) destaca que resgatar a dimensão cuidadora em todos os trabalhadores de saúde constitui o maior desafio e grande nó crítico a ser superado para que o novo modelo de assistência à saúde se concretize no cotidiano dos serviços. O autor ressalta que “só construindo um modelo que explore positivamente a capacidade cuidadora do conjunto dos trabalhadores de Saúde é que reformaremos o Sistema de Saúde na defesa da vida individual e coletiva” (MERHY, 1998, p. 8).

Essa perspectiva defende que o cuidado é transversal a todos os profissionais da área de saúde

Um profissional de Saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos (...) pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MERHY, 1998, p. 8).

Quanto ao trabalho do enfermeiro na estratégia de saúde da família existem abordagens distintas a esse respeito: alguns estudos abordam a perspectiva do trabalho idealizado, ou seja, como este trabalho deveria ser e quais são as prerrogativas governamentais, institucionais e gerenciais que sustentam este trabalho prescrito. Já outras abordagens contemplam o trabalho concretizado, ou seja, o trabalho real desenvolvido pelos enfermeiros, analisando assim o que eles fazem e o que eles deveriam fazer, tendo como referência as normatizações prescritas (BERTONICI, 2011).

É preciso refletir sobre a construção da identidade do enfermeiro na ESF mediante os atravessamentos presentes no contexto marcado pelo distanciamento entre trabalho que é prescrito e o trabalho real, ou seja, aquele que de fato é realizado na ESF. Para esta análise entendemos ser necessário tecer algumas considerações sobre o cuidado e o trabalho do enfermeiro para, na sequência, abordar o trabalho do enfermeiro especificamente na saúde da família.

A clássica perspectiva sobre o trabalho proposta por Marx é abordada por Leopardi *et al* (2001) ao discutirem o objeto de trabalho como sendo aquilo sobre o qual uma ação é realizada. Esse objeto sofre modificações, assumindo forma diferente daquela que possuía e essa modificação se dá a partir da projeção de transformação que o trabalhador imprime sobre este objeto. Para Souza *et al* (2010) o trabalho constitui-se como atividade essencial ao homem ao permitir-lhes estabelecer relações com a natureza, com os outros homens e consigo mesmo. A respeito do processo de trabalho Lunardi *et al* (2001, p. 92) afirmam que

(...) Materializa-se através do processo de trabalho que constitui-se das “condições objetivas de trabalho”, ou seja, os instrumentos e materiais utilizados e as “condições subjetivas de trabalho” que dizem respeito à força de trabalho ou à “capacidade vivificadora do trabalho”.

O cuidado aos seres humanos com toda a complexidade que lhe inerente constitui característica fundamental da Enfermagem. É sobre esse cuidado que são produzidos, pela Enfermagem, os conhecimentos e tecnologias que dão consistência ao campo disciplinar no

qual a profissão se fundamenta (PIRES, 2009; BERTONICI, 2011). Leopardi et. al (2001 p. 39) definem cuidado como sendo:

(...) Uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em outro estado de mais conforto e menos dor, portanto têm uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social ().

O cuidado assume uma perspectiva ampliada que considera na sua essência a necessidade de interação entre os sujeitos. Esta interação é condição da existência do cuidado o qual precisa também de fundamentar-se em diversas áreas do conhecimento envolvendo a dimensão técnica, científica, pessoal, política, ética e estética. Tem por objetivo promover a saúde e a dignidade da vida humana no seu processo existencial (SOUZA *et. al*, 2005). Nesse sentido, especificamente o cuidado de Enfermagem

Baseia-se em ações que se estendem ao longo da construção da cidadania, porque potencializa a expressão do cidadão em sua existência social. O cuidado ao longo da vida social fomenta a autonomia e dignifica o ser, e ao readquirir a autonomia do ponto de vista do estar saudável.

Leopardi *et. al* (2001, p. 43) discutem a questão o cuidado como objeto de trabalho da enfermagem ou se não seria esse cuidado seu objeto epistemológico. Nessa perspectiva, argumentam que o objeto epistemológico da enfermagem é “o cuidado do ser humano, em sua complexidade” e que “o ser humano é o objeto de trabalho da enfermagem” (LEOPARDI *et. al*, 2001, p. 43). Assim, o cuidado “não pode ser entendido como objeto de trabalho, mas pode ser objeto epistemológico da enfermagem sobre o qual desenvolvemos o conhecimento” (LEOPARDI *et. al*, 2001, p. 44). Assim, no que se refere ao trabalho na enfermagem o cuidado corresponde ao ato que proporciona a transformação do objeto – o ser humano. Nessa perspectiva, o cuidado é a própria ação da enfermagem e também seu objeto epistemológico sendo o ser humano seu objeto de trabalho.

Na perspectiva de Souza *et. al* (2005) o cuidado de enfermagem possui dentro da amplitude que abarca:

O componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana saudavelmente humanizada desta geração e das seguintes. Além deste aspecto humanístico, insere-se no contexto da liberdade e da autonomia, tanto no âmbito individual quanto no âmbito universal, pois o cuidado de enfermagem deve ser um suporte para viver bem, promovendo condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum (SOUZA *et. al*, 2005, p.268).

Na perspectiva Guimarães e Bastos (2000) o cuidado em Enfermagem possui quatro dimensões interdependentes e complementares, a saber: dimensão assistencial, administrativa, educativa e investigativa. A primeira diz respeito ao cuidado direto aos indivíduos e coletividade, nos diversos ciclos de vida, da concepção à morte. A segunda abarca a coordenação e organização do processo de trabalho da enfermagem e aos aspectos gerenciais que propiciam a prestação do cuidado direto. A dimensão educativa contempla a atuação do enfermeiro no processo formativo da profissão, na educação permanente e na educação em saúde junto aos usuários. A quarta e última dimensão se refere à produção de conhecimentos necessários para fundamentar e nortear o processo de cuidar, gerenciar e educar em saúde (GUIMARÃES; BASTOS, 2000).

Brito *et. al* (2006, p. 214) afirmam que “a construção da identidade correlaciona-se de forma direta com o ato de cuidar” (BRITO *et. al*, 2006, p. 214). Perante os novos arranjos organizacionais provenientes da criação do SUS, há uma ampliação do espaço de atuação do enfermeiro, constituindo um grande desafio. A ESF pretende reorientar as práticas profissionais e o sentido dado ao cuidado no campo da saúde. As atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família estão descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB define como atribuições transversais a todos os membros da equipe de saúde da família as quais estão representadas no QUADRO 1:

QUADRO 1: Atribuições transversais a todos os membros da equipe de saúde da família

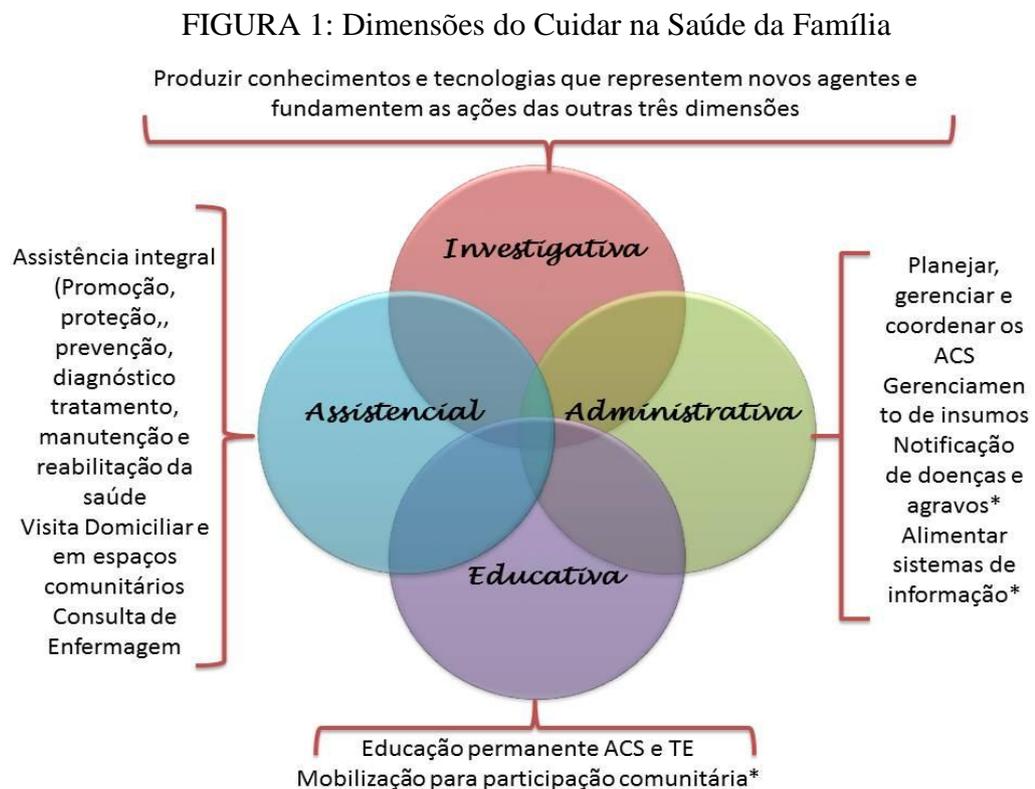
I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento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

Fonte: (BRASIL, 2006, p. 43-44).

Com relação às atribuições específicas do enfermeiro de saúde da família, estão descritas na referida política as seguintes atividades:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006, p. 44).

A articulação do referencial teórico de Guimarães e Bastos (2000) sobre as dimensões do cuidar em enfermagem e as atribuições que lhes são previstas na PNAB estão esquematizadas na FIG. 1:



Ressalta-se que os elementos destacados com asterisco (*) correspondem à algumas das atribuições que são designadas a todos os profissionais da equipe de saúde da família.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo com base em Guimarães e Bastos (2000) e Política Nacional de Atenção Básica (2006).

Partimos do pressuposto que a análise da identidade social do enfermeiro na saúde da família deve considerar as práticas que compõem o trabalho por ele desempenhado neste campo de atuação profissional. A intenção é abordar a dimensão prescrita do trabalho do enfermeiro na saúde da família estabelecendo suas interfaces com o modelo teórico de análise do cuidado de enfermagem proposto por Guimarães e Bastos (2000). Isto porque a identidade é um atributo pertencente à dimensão humana que se revela, se (re) constrói e se transforma por meio das práticas e das relações estabelecidas na vida pessoal e na micropolítica do processo de trabalho em saúde. A identidade reflete, em certa medida, a forma como o sujeito expressa seu modo de ser no mundo e como é percebido pelos indivíduos com os quais se socializa. Assim, o modelo de atenção à saúde vai ganhando concretude na medida em que vai sendo tecido pelos atores sociais no cotidiano de trabalho e é na micropolítica que adquire suas formas e consistência. É no interior deste processo que a identidade social do enfermeiro vai sendo reconfigurada.

Nessa perspectiva, a identidade social do enfermeiro compõe a trama da micropolítica da saúde da família, sendo sua reconfiguração integrante dos modos cotidianos de trazer o modelo de atenção à saúde para a realidade concreta dos serviços. Dessa forma, a identidade social do enfermeiro de saúde da família assume suas formas no processo de trabalho entendido como “lugar da produção dos atos de Saúde na sua cotidianidade” (MERHY *et. al*, 1998, p. 12)

Em face à discussão sobre o trabalho do enfermeiro na ESF e as dimensões do cuidado em enfermagem como aspectos que permeiam a configuração identitária, considera-se relevante abordar o conceito de identidade.

2.3 Identidade

*Eu sou o que vejo de mim em sua face. Eu sou
porque você é.
(Provérbio da tradição Zulu)*

Os processos de formação da identidade e do acervo social do conhecimento são processos que acontecem simultaneamente na sociedade, sendo disso que a sociedade vive. Estar em sociedade significa, então, participar da dialética desse processo. Ser um ser social é fazer parte desse mecanismo de interiorizar, subjetivar e exteriorizar, objetivar (BERGER; LUCKMANN, 1999).

Brito (2004) afirma que o estudo de identidades permite conhecer a realidade social de uma organização e da estruturação das ações de um determinado ambiente, pois as identidades têm também o papel de estruturar as ações dos indivíduos, grupos ou organizações.

Brito *et. al* (2008) afirmam ser a identidade um constructo complexo devido a sua natureza multidimensional e seu estado de permanente mutação. Assim, a identidade é dinâmica e apresenta-se sob múltiplas formas, em permanente reconstrução, potencializando sua natureza complexa. Nessa perspectiva, as várias identidades se entrelaçam e se expressam no contexto organizacional conferindo-lhe maior complexidade. Para fins deste estudo, o eixo analítico sobre o qual fundamentaremos a pesquisa é a identidade social na perspectiva de Claude Dubar (2005). Segundo Dubar (1997, p. 13):

(...) a identidade humana não é dada, de uma vez por todas, no ato do nascimento: constrói-se na infância e deve reconstruir-se sempre ao longo da vida. O indivíduo nunca a constrói sozinho: ela depende tanto dos julgamentos dos outros como das suas próprias orientações e autodefinições. A identidade é um produto de sucessivas socializações.

Jacques (2000) destaca que a identidade não nasce com os indivíduos, mas ao contrário, constrói-se e reconstrói-se ao longo de seu processo de viver. Esta característica confere à identidade uma natureza dinâmica, social, histórica e, sobretudo, complexa. A identidade é, dessa forma, determinada pelo contexto ao mesmo tempo em que se faz determinante desse mesmo contexto. Este autor ainda defende que a identidade nada mais é que:

(...) um constante “estar sendo”, embora se represente com aparência de “ser”. Refere-se a movimentos que dizem respeito tanto à singularidade humana quanto a particularidade de grupos, segmentos, estratos, classes, culturas. É um conceito cujo entendimento exigem superarem-se dicotomias, pois sua compreensão envolve, ao mesmo tempo, o igual e o diferente, o permanente e o mutante, o individual e o coletivo (JACQUES, 2000, p. 127).

Dubar (2005) entende a identidade como sendo fruto da articulação entre a dimensão interna do sujeito com outra dimensão que é externa ao indivíduo e com a qual ele interage. Destaca, então, a dualidade inseparável da essência da identidade a qual é composta pela

relação permanente que existe entre a identidade para si e a identidade para o outro. São, pois, interdependentes dado que a identidade para si está relacionada ao outro e, sobretudo, o reconhecimento que ele lhe confere. Ressalta Dubar (2005, p.135): “Nunca sei quem sou a não ser no olhar do outro”.

A identidade, na ótica deste mesmo autor, é então estruturada pela percepção que temos de nós mesmos associada à percepção que o outro tem sobre nós. Esta última, para ser captada, exige um processo relacional e comunicativo. Este elemento comunicativo que é fundamental e necessário confere à identidade maior complexidade uma vez que não é possível ter certeza da consonância ente a minha identidade para mim e a minha identidade para o outro.

Ressalta-se que a identidade não é dada. Ao contrário, ela se constitui em um processo de construção e (re)construção permanente. Essa relação identidade para si e identidade para o outro pode ser analisada como constituinte do processo de socialização.

(..) a identidade nada mais é que o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições (DUBAR, 2005, p. 136 – grifo do autor).

Becker e Luckman (1973) ressaltam que o desenvolvimento da identidade social ocorre em duas etapas: a socialização primária e a socialização secundária. A socialização primária é aquela que ocorre no período da infância, especificamente localizada no espaço de mediação da escola e da família. É nessa etapa que o sujeito se insere na sociedade passando dela a fazer parte. Entretanto, este processo é isento de criticidade de tal forma que a criança assimila papéis, valores e atitudes de seus significantes mais próximos. A segunda etapa corresponde àquela que acontece na adolescência e na vida adulta a partir da interação com instituições sociais diversas. É nesse período que acontece a aquisição dos saberes ditos especializados, tais como os saberes profissionais. A formação profissional está inserida nesta segunda etapa constituindo-se como um evento de singular relevância na construção da identidade profissional. Entretanto, há que se destacar que é no enfrentamento direto com o mundo do trabalho que se encontra o desafio identitário mais significativo.

Dubar (2005) descreve os mecanismos de identificação por meio dos quais a dimensão subjetiva da dualidade social é expressa. Para tal identificação, são utilizadas categorias socialmente estabelecidas tais como denominações étnicas, regionais, profissionais dentre outras. As designações que buscam definir “que tipo de homem (ou mulher) você é”

(DUBAR, 2005, p.137) são denominadas de atos de atribuição os quais correspondem à identidade para o outro. São denominados atos de pertencimento as definições que expressam “que tipo de homem (ou mulher) você quer ser” (DUBAR, 2005, p.137) a qual diz respeito à identidade para si. Não necessariamente haverá uma correspondência entre elas.

A dualidade no social é considerada por Dubar (2005) como o ponto de partida da teoria sociológica da identidade. A proposta analítica do autor traz consigo a reafirmação da identidade como algo em construção e, portanto, inacabado. Este autor defende a existência de dois processos distintos de formação da identidade os quais frequentemente são reduzidos como se fossem um único processo. O primeiro processo diz respeito ao ato de atribuição da identidade pelos indivíduos com os quais se estabelecem relações cotidianas ou pelas instituições onde há interação direta. Estes sistemas de ação são produtos de relações de força entre os atores envolvidos bem como da legitimidade das categorias utilizadas. Após legitimadas, essas categorias são formalizadas gerando um processo de imposição coletiva sobre os atores nele envolvidos. Cria-se uma espécie de rótulo, o qual é denominado de identidades sociais “virtuais” dos indivíduos.

O segundo processo refere-se à incorporação, ou seja, a assimilação interna da identidade pelos próprios indivíduos. Nesse processo, faz-se necessário incluir as trajetórias sociais dos sujeitos por meio das quais os indivíduos constroem sua identidade para si o que segundo Dubar (2005), corresponde à história que os indivíduos contam sobre o que são, o que corresponde à identidade social real. Pode existir uma dissonância entre esses dois processos a partir das quais têm origem as “estratégias identitárias” cujo intuito é diminuir essa lacuna entre as duas identidades (DUBAR, 2005).

Nessa perspectiva, a proposta analítica de Dubar (2005) acerca da identidade, no campo sociológico, assume relevância na medida em que se sustenta na discussão da socialização como forma de construção das identidades sociais e profissionais. Ao apresentar a referida proposta, o autor chama a atenção para o perigo desse tipo de empreendimento, haja vista a complexidade do tema. Destaca, ainda, o fato de a conceituação do termo identidade recusar qualquer tipo de distinção entre a identidade individual e a identidade coletiva, o que torna a identidade social uma articulação entre duas transações: uma transação ‘interna’ ao indivíduo e uma ‘externa’ estabelecida entre o indivíduo e as instituições e pessoas com as quais interage.

Segundo Dubar (2005), a divisão, própria da identidade, encontra-se ligada à dualidade e essa caracteriza sua própria definição, ou seja, “identidade para si e para o outro são inseparáveis e estão ligadas de uma forma problemática”. Indissociáveis porque a

identidade para si encontra-se diretamente ligada ao Outro, tanto em termos de relacionamento quanto em termos de reconhecimento. Assim sendo, “eu só sei quem eu sou” por meio do “olhar do Outro”. No que se refere à ligação problemática entre a identidade para si e para o outro, a mesma é explicada pelo fato de:

(...) a experiência do outro nunca ser diretamente vivida por si [...] de tal forma que nos apoiamos nas nossas ‘comunicações’ para nos informarmos sobre a identidade que o outro nos atribui [...] e, portanto, para forjarmos uma identidade para nós próprios (DUBAR, 2005, p. 170)

Assim, não se pode garantir que nossa identidade coincida com essa mesma identidade para o outro, o que a torna nunca dada, mas sempre em construção e (re) construção (BRITO, 2004).

A relevância da noção de identidade apresentada por Dubar (2005) relaciona-se ao fato de a mesma introduzir, na essência da análise sociológica, a dimensão subjetiva, vivida e psíquica. Tal noção preserva a divisão do Eu, como realidade originária da identidade, instalando-a no próprio social e abordando-o por meio da expressão individual dos “mundos subjetivos”, os quais caracterizam-se, ao mesmo tempo, como denominados pelo autor de mundos vividos e mundos expressos e, portanto, passíveis de serem apreendidos de forma empírica.

Destaca-se que a configuração identitária do enfermeiro é um processo dinâmico, histórico, social, econômico e politicamente determinado. É composto, ainda, por um aspecto cultural ao considerar em sua gênese o feixe de representações, símbolos, imagens, atitudes e referências relativas ao corpo social. Trabalhar com identidade pressupõe manter as interfaces de um objeto que não se constitui sozinho, mas em um permanente movimento de troca sócio-histórica e cultural. A identidade, portanto, é construída e reconstruída a partir das interações estabelecidas entre as pessoas e seus grupos sociais (OLIVEIRA, 2006).

A análise da construção identitária do enfermeiro que atua na ESF traz em seu bojo, mesmo que sutilmente, os fios tecidos por meio dessa trama de legitimação de poder no qual se busca, mediante essa reflexão desvelar os mecanismos educacionais, sociais e simbólicos de dominação e poder aos quais estamos atrelados historicamente (VALLE, 2007).

Por ser a identidade um processo humano em permanente reconstrução, encontra-se diretamente atrelada ao processo relacional dos indivíduos e grupos. Tendo como pressuposto que as construções sociais associadas às trajetórias individuais subsidiam a construção das identidades sociais e profissionais, destaca-se a necessária reflexão acerca desse fenômeno

para a reconfiguração da identidade social do enfermeiro no cenário de mudanças gerado pela transformação do modelo assistencial em saúde. (BRITO *et al*, 2006). A construção da identidade do enfermeiro que atua na ESF é um processo socialmente determinado, mas singular e subjetivamente influenciado. A luta da categoria de enfermeiros inseridos nesse cenário profissional no que concerne à definição de sua identidade configura-se em um movimento político que traduz a necessidade de se buscar novas perspectivas de ação transformadora (SILVA *et al*, 2002).

2.4 Dimensões da Gestão do Cuidado – Interface com a Identidade Social

Adotamos como base o referencial teórico de Cecílio (2009) que analisa as dimensões da gestão do cuidado a partir da obra de Leon Tolstói – A morte de Ivan Ilitch – para extrair elementos que contribuam para a reflexão sobre os encontros que tem sido estabelecidos entre trabalhadores de saúde e usuários. No estabelecimento desses encontros são construídas as práticas de saúde. As práticas dos enfermeiros de saúde da família associadas à sua trajetória de vida, ao seu processo formativo e às relações que estabelecem no dia a dia irão compor a identidade social (DUBAR, 2005) desse enfermeiro, nosso objeto de estudo.

Por gestão do cuidado, adotamos a concepção de Pires e Gottens (2009, p. 295) que a definem como a “forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro”.

Segundo Cecílio (2009) a gestão do cuidado é composta por três dimensões, a saber: profissional, organizacional e sistêmica. O autor define dimensão profissional como aquela onde ocorre o encontro entre profissional de saúde e usuário, na micropolítica dos serviços de saúde. É nela que se encontra a responsabilidade profissional sendo, também, sobre esta dimensão que incidem as danosas estratégias de instrumentalização das relações mediante políticas e programas que tentam formalizar este encontro.

Para este estudo, adota-se como referência teórica de micropolítica a definição proposta por Cecílio (2009, p. 547) que a considera como “o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada realidade organizacional”. Parte-se do pressuposto que os profissionais de saúde são portadores de

subjetividades singulares as quais são repletas de valores, desejos, projetos, interesses que conferem o sentido atribuído ao trabalho e compõem sua identidade. Por isso, a dimensão profissional é reconhecida como uma arena de disputas, conflitos e afetos. Por este motivo, na micropolítica coexistem simultaneamente forças transformadoras e conservadoras sendo um lugar onde há determinações e também liberdade (CECÍLIO, 2009).

Essas determinações a que fazemos referência dizem respeito à tradução, nas práticas cotidianas, das modulações sociais que conformam a sociedade. Assim, as pessoas transitam na dimensão profissional influenciadas pelas relações instituídas como, por exemplo, a relação profissional de saúde e usuário que historicamente tem sido marcada por domínio do primeiro sobre o segundo. Há também o delineamento do trabalho em equipe que sofre as determinações de hegemonia legitimada ao longo dos anos em que alguns profissionais são mais valorizados e reconhecidos do que outros. Mas é também na dimensão profissional que se dá o espaço de cuidado, um espaço intercessor (MERHY, 2002) entre profissional de saúde e usuário. É neste lugar que acontece a “invenção de dois sujeitos no seu espaço de encontro. Em ato” (CECILIO, 2009, p. 548). A identidade revela esse processo de reinvenção dos sujeitos.

A relação entre as dimensões da gestão do cuidado proposta por Cecílio (2009) é descrita de forma esquemática pelo autor como três círculos circunscritos. Destaca-se a interdependência e complementaridade dessas dimensões e a ausência de hierarquias entre elas. A dimensão profissional, para que seja de qualidade, precisa de elementos em sua composição: a ética do profissional, a competência técnico-científica e a habilidade relacional que se expressa na capacidade de criar vínculo com o indivíduo. De forma esquemática, corresponderia ao círculo central da representação.

A segunda dimensão proposta por Cecílio (2009) é a organizacional que diz respeito às questões relacionadas ao estabelecimento de fluxos, normalizações de processos de trabalho e organizar a dinâmica de realização do trabalho pela equipe. Na representação esquemática, representaria ao círculo do meio.

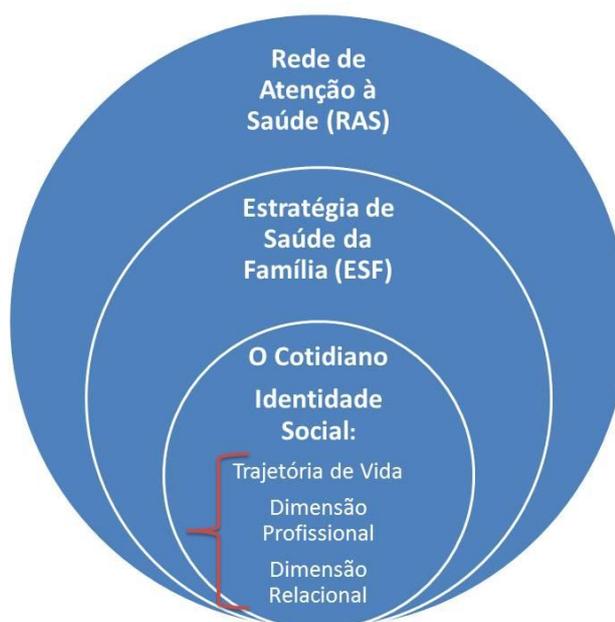
A terceira dimensão correspondente ao último e mais externo círculo da representação é denominada por Cecílio (2009) de dimensão sistêmica é definida como:

O conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos serão definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, sempre na perspectiva de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessita, através da constituição e gestão de complexas redes de cuidado institucionais, operadas através de

processos formais de referência e contra-referência, que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si (CECILIO, 2009, p. 549).

De modo análogo ao que fora construído por Cecílio (2009) propusemos uma forma de representação esquemática da relação existente entre a identidade do enfermeiro na saúde da família e a organização da gestão do cuidado nesse ponto da rede de assistência a saúde. Trazemos para o debate a articulação entre a perspectiva teórica defendida por Cecílio e a discussão teórica dos elementos envolvidos na configuração identitária do enfermeiro no contexto da ESF. Pretende-se situar a discussão sociológica sobre identidade no âmbito da dimensão macropolítica da estruturação da Rede de Assistência à Saúde conforme FIG 2:

FIGURA 2: Interface entre Identidade Social e as Dimensões da Gestão do Cuidado no Contexto da Estratégia de Saúde da Família



Fonte: Elaborado para fins deste estudo. Baseado em Cecílio (2009) e Dubar (2005)

Pensando a construção de círculos circunscritos das dimensões que compõem a gestão do cuidado, temos como círculo central a Micropolítica dentro da qual se encontra a Identidade Social proposta por Dubar (2005). A identidade, nesta abordagem, traz a relação existente entre a trajetória de vida dos sujeitos, ou seja, seus aspectos biográficos, o processo de formação profissional e o relacionamento interpessoal como estratégia importante de

socialização sem a qual o sujeito não consegue se constituir como sujeito. A configuração identitária traz, portanto, a articulação desses três elementos o que amplia o debate sobre construção da identidade para além da questão profissional. Também no círculo central se encontra o mundo vivido dos enfermeiros de saúde da família, ou seja, seu cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, a dimensão profissional proposta por Cecílio (2009) encontrar-se-ia dentro da esfera do processo formativo que propicia as condições do profissional desenvolver as competências éticas e técnico-científicas necessárias para o exercício profissional. Na esfera da trajetória de vida encontram-se os elementos subjetivos da constituição do indivíduo, dentro dos quais há a formação de valores, princípios, crenças que são partilhadas pelos significantes mais próximos do indivíduo no processo de socialização primária. É evidente que durante a trajetória de vida dos sujeitos essas referências podem sofrer transformações, mas não se pode negar que algumas delas permanecem e colaboram para o processo de deliberação moral do sujeito, ou seja, constituem parâmetros por meio dos quais os sujeitos respaldam suas tomadas de decisão de forma ética ou não. Assim, a dimensão ética assume interfaces com a história de vida dos sujeitos e também com o processo de formação profissional.

No círculo central, na dimensão organizacional, posicionamos a ESF com todos os parâmetros e normalizações que a constituem e que tem por finalidade reorganizar o processo de trabalho. Nessa dimensão são definidas as pactuações de indicadores, os protocolos assistenciais, o sistema de informação e as estratégias que orientam o trabalho das equipes na saúde da família.

No círculo mais externo, a dimensão sistêmica, destacamos a Rede de Assistência a Saúde a qual tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão na saúde e fortalecer o funcionamento do SUS e de suas diretrizes políticas e institucionais. A referida rede foi legitimada como política pela Portaria 4279/2010 que define RAS como um conjunto de “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 4). Busca estabelecer e consolidar relações horizontalizadas entre os diversos pontos de atenção tendo como norteadora do processo comunicativo entre eles a APS dada sua proximidade com as necessidades de saúde da população. É operacionalizada por meio de contratualizações e pactos de gestão para que sejam definidas de forma clara as responsabilidades e resultados esperados de cada ponto da rede, criando uma rede de responsabilidade mútua. Também são

estabelecidos pela RAS os critérios de acompanhamento e instrumentos de avaliação dos impactos obtidos.

As formas identitárias são produtos de determinado período histórico e contexto social específico sendo, por isso, as identidades construções sociais nas quais a subjetividade encontra-se no centro desse processo (DUBAR, 2005). Quanto ao enfermeiro da ESF, pode se considerar que sua identidade social é construída por meio de sua trajetória de vida, das relações que estabelece, do seu processo formativo e da conformação de suas práticas profissionais, as quais são influenciadas pelos arranjos organizacionais propostos pelas políticas de saúde.

Baseados nesta construção teórica é possível estabelecer a interface entre a abordagem sociológica de identidade e estudos organizacionais relacionados à estruturação política do sistema de saúde. Pretende-se, nesta seção, trazer para reflexão a relação que a construção da identidade do enfermeiro na saúde da família estabelece com o a realidade objetiva na qual se insere. Essa realidade objetiva nos remete às dimensões macroestruturais da organização dos serviços de saúde e de seus impactos na produção do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, defende-se que existe implicação entre a dimensão subjetiva que o estudo de identidade traz e a dimensão objetiva da realidade na qual esta identidade se produz e reproduz permanentemente.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

*“Não tenho um caminho novo
O que tenho de novo
é um jeito de caminhar”
(Tiago de Melo)*

3.1 Estratégia do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa o qual permite ao pesquisador trabalhar com categorias que extrapolam os dados quantitativos. A abordagem qualitativa tem como característica a análise integrada em que o fenômeno é estudado mediante a compreensão do contexto no qual se insere e do qual faz parte. Assim, ao pesquisador cabe ir a campo para investigar minuciosamente o fenômeno sob a perspectiva dos atores nele envolvidos (CHIZZOTTI, 2005).

O referido autor acrescenta que essa modalidade de investigação utiliza como estratégia de obtenção de dados o contato direto e interativo do pesquisador com o fenômeno que se pretende investigar. Assim, o pesquisador busca a compreensão dos fenômenos considerando a perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos na situação investigada. O pesquisador é, então, marcado pela realidade social.

A pesquisa qualitativa tem como pressuposto fundamental, segundo Chizzotti (2005), a investigação de fenômenos humanos, os quais são repletos de singularidades. Permite aos indivíduos atribuir significados aos fatos e às pessoas em interações sociais que podem ser descritas e analisadas e não mensuradas quantitativamente.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa trabalha com o mundo dos significados, desejos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos (GOLDENBERG, 2000; MINAYO, 2004). A pesquisa qualitativa adota, nesse sentido, uma perspectiva de análise de fenômenos que reconhece a pluralidade cultural e a relevância dos sujeitos, incluindo a voz dos atores sociais. (CHIZZOTTI, 2005).

A identidade social é um fenômeno complexo uma vez que diz respeito a aspectos referentes à subjetividade dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Tendo a pesquisa como finalidade alcançar aspectos referentes à subjetividade do grupo pesquisado, enfocando sua dinâmica identitária, a opção por esta abordagem decorre do fato de a mesma permitir a aproximação com a realidade por meio da captação de elementos

singulares da história de vida pessoal e profissional dos enfermeiros que atuam na ESF.

Incorporando, pois, a identidade social do enfermeiro na ESF aspectos subjetivos a serem analisados, faz-se necessária a adoção de estratégias metodológicas que possibilitem a captação de singularidades da vivência do enfermeiro que atua na ESF. Foi realizada, nesse sentido, a análise da dinâmica identitária do enfermeiro da ESF no contexto da transformação do modelo assistencial em saúde.

3.2 Cenário

No Brasil 87 milhões de habitantes são acompanhados por 27 mil equipes de saúde da família prestando serviços de Atenção Primária e possibilitando a cobertura de 92% dos municípios do país (BRASIL, 2011). Em Belo Horizonte o modelo assistencial pautado nas perspectivas ideológicas da Reforma Sanitária foi implantado no ano de 1993. Em 1994, simultaneamente a adesão da gestão semiplena do SUS, BH implanta o Projeto Viva para controle da mortalidade infantil. Neste período, grandes avanços na atenção primária podem ser percebidos (PASSOS, 2011).

O Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde é introduzido em 1995 com o intuito de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e ordenar o fluxo pela necessidade de saúde e não mais pela oferta de um cardápio de serviços limitados. A gestão plena da Atenção Básica de BH é conquistada no ano de 1998, ano em que teve início o processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) com o Projeto BH Saúde (PASSOS, 2011)

Segundo a Assessoria de Comunicação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), órgão oficial de imprensa do município, a rede de Saúde de Belo Horizonte é dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde.

A ESF foi implantada em Belo Horizonte, de acordo com a Assessoria de Comunicação da PBH, no ano de 2002 contando com 176 equipes de saúde da família que contemplavam a cobertura de 24% da população da capital. Hoje a rede de Atenção Primária é composta por 10.000 trabalhadores (BELO HORIZONTE, 2009), 578 equipes de saúde da família responsáveis pela assistência de 82% da população cadastradas e distribuídas em 147 Centros de Saúde.

A divisão do município de Belo Horizonte em Distritos Sanitários é fruto da proposta de municipalização dos serviços de saúde instituída a partir da Lei Federal 8.080/90. Os

Distritos Sanitários correspondem à organização administrativo-assistencial do município (BELO HORIZONTE, 2003). Nessa perspectiva, fundamentado nessa descentralização administrativa, a prefeitura municipal de Belo Horizonte criou um sistema de saúde configurado na divisão do município em nove Distrito Sanitários (DS), representados pela FIG.3. Esse arranjo organizacional possibilita maior autonomia para o desenvolvimento, planejamento e execução de ações e intervenções em consonância com a realidade e as prioridades locais (NUNES et al., 2000).

Para fins deste estudo, de forma intencional elegemos como cenário a regional centro-sul por ser um lócus de estudos do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE). De acordo com informações da Assessoria de Comunicação da PBH a regional Centro-Sul possui doze Centros de Saúde dos quais dez trabalham com a saúde da família. Ao todo, essa regional possui então, 30 equipes de saúde da família e 29 enfermeiros, dado que uma das equipes estava incompleta no momento do mapeamento feito para este estudo.

FIGURA 3 – Distritos Sanitários de Belo Horizonte



FONTE: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH)

De acordo com a Assessoria de Comunicação da PBH a Regional Centro-Sul localiza-se no coração da capital mineira e reúne grande parte do patrimônio histórico, cultural e arquitetônico de Belo Horizonte. Considerada como centro metropolitano, abriga diversos serviços institucionais, culturais e financeiros. É lócus de múltiplas atividades políticas, administrativas, sociais, culturais e econômicas. Reúne boa parte dos cartões postais da capital

como a Catedral da Boa Viagem, Praça Sete de Setembro, Mercado Central, Minascentro, Palácio das Artes, Parque Municipal, Parque das Mangabeiras e a famosa “Feira Hippie” que acontece todos os domingos na Avenida Afonso Pena.

O Distrito Sanitário Centro Sul abarca 45 bairros conforme QUADRO 1 possuindo uma população de 270.607 habitantes.

QUADRO 2: Bairros do Distrito Sanitário Centro-Sul

<i>Bairros Pertencentes ao Distrito Sanitário Centro Sul</i>
Acaba Mundo, Anchieta, Ápia, Barro Preto, Belvedere, Boa Viagem, Carmo, Centro, Cidade Jardim, Comiteco, Conjunto Santa Maria, Coração de Jesus, Cruzeiro, Estrela, Fazendinha, Funcionários, Lourdes, Luxemburgo, Mala e Cuia, Mangabeiras, Marçola, Monte São José, Nossa Senhora da Aparecida, Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora de Fátima, Nossa Senhora do Rosário, Novo São Lucas, Pindura Saia, Santa Efigênia, Santa Isabel, Santa Lúcia, Santa Rita de Cássia, Santana do Cafezal, Santo Agostinho, Santo Antônio, São Bento, São Lucas, São Pedro, Savassi, Serra, Sion, Vila Bandeirantes, Vila Barragem Santa Lúcia, Vila FUMEC, Vila Novo São Lucas, Vila Paris

Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

A Regional Centro-Sul reflete as contradições que marcam as sociedades contemporâneas. Considerada região nobre da capital mineira, abriga aglomerados reunindo no mesmo cenário condições polares de vida e de saúde. Evidencia, portanto, grande desigualdade social que determina aos sujeitos modos distintos de viver o processo saúde doença. Este contexto traz implicações importantes para a gestão do serviço de saúde ao considerarmos que a mesma Regional abriga perfis populacionais radicalmente distintos.

Contemplaram os critérios de inclusão neste estudo sete centros de saúde da Regional Centro-Sul de Belo Horizonte, Minas Gerais sendo eles os cenários desta investigação.

3.3 Sujeitos Nucleares e Secundários

Assume-se como pressuposto que os sujeitos de uma pesquisa detêm informações relevantes para sanar as indagações que orientaram a realização do estudo. Os enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família da regional centro-sul constituem os sujeitos nucleares deste estudo. Parte-se da premissa que a análise da identidade social implica na

análise das relações desses sujeitos nucleares com os indivíduos que compartilham seu universo de trabalho (BRITO, 2004), ou seja, os demais membros da equipe mínima em saúde da família, a saber: médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

No Distrito Centro-Sul existem trinta equipes de saúde da família distribuídas em dez centros de saúde. Foram sujeitos nucleares um enfermeiro de cada um dos sete centros de saúde da regional mencionada. Como critério de inclusão dos sujeitos no estudo, adotamos o fator tempo de trabalho na ESF por acreditarmos que a maior trajetória da vivência profissional possibilita informações relevantes a respeito do tema de estudo. Assim, foi considerado como tempo mínimo de atuação na ESF cinco anos.

Foram eleitos como sujeitos secundários os demais membros da equipe multiprofissional, ou seja, o médico, o agente comunitário de saúde (ACS) e o técnico de enfermagem da equipe da qual faz parte o sujeito nuclear deste estudo. Caso estes sujeitos secundários não aceitassem participar do estudo, seria eleita outra equipe para análise. Como em cada equipe existem seis ACS a escolha deste foi pelo maior tempo no exercício da profissão.

É importante destacar que para análise do fenômeno a ser investigado neste estudo faz-se necessário que os sujeitos nucleares e secundários pertençam à mesma equipe de trabalho. Este critério foi considerado como prioritário e de maior relevância na escolha dos sujeitos. O fator tempo de exercício na estratégia de saúde da família é compreendido com um critério que, embora significativo, para fins deste estudo encontra-se em dimensão secundária ao primeiro. A definição destes critérios parte da perspectiva de Dubar (2005) a respeito do processo relacional e de interação entre os sujeitos como matriz central na construção de suas identidades.

Considerando o exposto, este estudo teve como sujeitos nucleares sete enfermeiros e como sujeitos secundários quatro médicos, seis técnicos de enfermagem e sete ACS de ambos os sexos perfazendo 24 sujeitos. Os dados foram coletados visando contemplar todos os dez centros de saúde da Regional Centro-Sul. Entretanto, diante da complexidade da realidade concreta, em três centros de saúde não foi possível realizar a pesquisa pelo fato de dois deles se encontrarem em transição de gerência. No outro centro de saúde, a enfermeira mais antiga estava aposentando-se e, por este motivo, recusou-se a participar do estudo alegando que estava tão desgastada com a profissão que não gostaria de compartilhar esse sentimento. Já a outra enfermeira deste centro de saúde em questão possuía menos de cinco anos de atuação na saúde da família. Foram excluídos aqueles sujeitos que estivessem de férias no momento da coleta de dados. Os enfermeiros tinham que ser inscritos no Conselho Regional de

Enfermagem (COREN) e, assim como os sujeitos secundários, foi preciso que aceitassem participar do estudo.

3.4 Coleta de dados

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado (APENDICE A e B) conduzidas pela pesquisadora. Esta estratégia permite uma participação ativa do pesquisador que pode ultrapassar ao roteiro de questões norteadoras, caracterizando-se, por isso, como técnica flexível e com maior liberdade de intervenção. É permitido ao pesquisador, segundo Minayo (2004) fazer perguntas adicionais a fim de aprofundar a reflexão, compreender melhor o contexto ou esclarecer questões caso seja necessário. Buscou-se por meio das entrevistas evidenciar aspectos subjetivos da vivência profissional dos enfermeiros e as relações envolvidas na dinâmica do serviço, tendo como pano de fundo a gestão e organização desses serviços.

De acordo com Triviños (1994, p.112.) na entrevista semi-estruturada ‘o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa’. A respeito da entrevista afirma Minayo (2004, p. 109-110):

(...) o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

O roteiro semi-estruturado foi construído tendo como referência o instrumento de coleta de dados usado na pesquisa de Lara (2008) sobre identidade do agente comunitário de saúde de zonas rurais. Foram feitas adaptações relativas ao sujeito do estudo, mas a abordagem foi similar e por este motivo não foram feitas entrevistas piloto haja vista que o instrumento de referência já estava validado.

Nessa perspectiva, a entrevista individual com roteiro semi-estruturado foi eleita para esta pesquisa por permitir aos sujeitos do estudo expressarem de forma espontânea e livre, sua

visão de mundo bem como a forma como percebe e vivencia o fenômeno em questão, agregando ao estudo riqueza e profundidade.

Também foi utilizado questionário estruturado para caracterizar aspectos objetivos da organização como tempo de atuação, tempo de formação, vínculo empregatício, especialização na área entre outros.

Para a coleta de dados, além da entrevista com roteiro semi-estruturado e do questionário, foi realizada ainda observação não participante e registro em diário de campo das observações, e percepções não estruturadas feitas pela pesquisadora por ocasião da coleta de dados. Assim, as impressões obtidas durante o processo de coleta de dados e a observação dos detalhes cotidianos captados foram registrados neste diário. Essas anotações foram utilizadas na análise dos dados com o intuito de contribuir para a melhor compreensão da identidade do enfermeiro no contexto da ESF. O período de coleta de dados e transcrição ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2012.

A estratégia de inserção no campo de estudo ocorreu em duas etapas: a primeira delas refere-se ao contato telefônico prévio com os gerentes dos centros de saúde. Após explicar o objetivo da pesquisa, ao gerente era solicitada identificação do enfermeiro mais antigo do centro de saúde e, caso fosse possível, que já neste momento o colocasse em contato com o pesquisador pelo telefone.

A segunda etapa consistiu na realização do contato telefônico com os enfermeiros que contemplavam os critérios de inclusão no estudo. Da mesma forma como se procedeu com os gerentes, a pesquisa e seus objetivos foram esclarecidos e, havendo interesse em participar da pesquisa, as entrevistas eram agendadas conforme disponibilidade do enfermeiro.

Os próprios enfermeiros, cientes da proposta da pesquisa, sugeriram que a coleta fosse realizada em dia de reunião de equipe para que fosse possível entrevistar os sujeitos secundários também. Essa estratégia revelou-se satisfatória tanto para o pesquisador que não precisou retornar mais que duas vezes em cada campo quanto para os entrevistados por ter sido utilizado parte do tempo de reunião o que não comprometeu os agendamentos prévios e atendimentos do centro de saúde.

O pesquisador entra no mundo do sujeito o que pressupõe acontecimentos inesperados, inclusive alterações relativas ao desejo do entrevistado em participar da pesquisa bem como de sua disponibilidade para com a mesma. A pesquisa de campo é marcada pela imprevisibilidade o que demanda do pesquisador certa flexibilidade e clareza quanto a total ausência de controle que possui sobre a realidade.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram tratados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 2009). A análise de conteúdo segundo Bardin (2009) diz respeito a um conjunto de técnicas que de forma articulada permitem analisar as comunicações estabelecidas entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Para tanto, foram realizados procedimentos sistemáticos, descritos a seguir, com intuito de descrever o conteúdo dos enunciados que, sob regras determinadas, são agrupados em categorias temáticas. (BARDIN, 2009).

As entrevistas foram gravadas e sua transcrição foi efetivada na íntegra. A análise de conteúdo prevê a organização do processo de análise em três pólos cronológicos, a saber: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados e, por último, a inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

A pré-análise foi realizada por meio da realização da leitura repetida e exaustiva das entrevistas (BARDIN, 2009) as quais foram organizadas em dois documentos: no primeiro as entrevistas foram agrupadas por categoria profissional e no segundo por questão norteadora do roteiro semi-estruturado. Nesta etapa, buscou-se extrair aspectos convergentes e divergentes dos enunciados para esboçar categorizações analíticas prévias. Durante a leitura flutuante das entrevistas, ficam mais evidentes a emergência das intuições possibilitando à pesquisadora refletir sobre as vivências no campo e resgatar vivências observadas e registradas no diário de campo.

Na sequência, foi realizada a exploração do material etapa em que busca-se a apreensão dos elementos de relevância manifestos pelos sujeitos do estudo. Na etapa subsequente, nos dedicamos a realizar o tratamento dos dados mediante categorização dos temas relevantes os quais foram analisados e confrontados à luz da literatura sobre o tema. Esta etapa subsidiou a discussão realizada com os autores que abordam os conteúdos extraídos dos depoimentos a fim de aprofundar a análise e conferir maior densidade à investigação do fenômeno (BARDIN, 2009).

A apresentação dos resultados da investigação privilegiou a análise da identidade social real e virtual e, dentro delas, foram abordados os aspectos identitários que as constituem. O enfermeiro de saúde da família atribui significados ao trabalho por ele desempenhado. A realidade cotidiana se revela em um espaço e tempo determinado e é

atravessada por tensões e conflitos bem como pelo distanciamento entre a dimensão prescrita e a dimensão real de seu fazer.

Compartilhamos a perspectiva de Minayo (2004), que acredita que a pesquisa científica constitui um processo de trabalho contraditório em que se alcança um fim materializado em um produto provisório. Simultaneamente e de forma imediata à chegada deste fim, se produzem novas interrogações provenientes dos resultados da investigação que dão início a um novo ciclo de investigações que não terão fim. É por meio deste processo que o conhecimento humano vai sendo reconstruído ao longo da história.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer: 0128.0.203.000-10) e no Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Parecer: 006.2012A), em conformidade com a Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/196, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde. Foram reservados todos os direitos dos de pesquisas que envolvem seres humanos, tendo sido garantindo a eles a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, no decorrer do trabalho.

Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) que foi preenchido e assinado pelos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa. Foi assegurado o anonimato dos participantes e das instituições e suas identidades foram protegidas. Os sujeitos nucleares e secundários foram identificados de acordo com as iniciais da categoria profissional a que pertencem seguindo da numeração que corresponde à ordem com que foram entrevistados.

3.7 Impressões obtidas durante a inserção no campo

Esta seção tem por objetivo descrever elementos subjetivos que permearam este estudo e colaboraram para o alcance dos objetivos propostos. Foi baseada nas percepções e observações da pesquisadora durante a inserção no campo de investigação as quais foram registradas no diário de campo. As observações dizem respeito ao comportamento dos

sujeitos, seus gestos, olhares e expressões por eles transmitidas. As percepções estão relacionadas aos sentimentos gerados pela inserção no campo, à receptividade dos sujeitos e à forma como se organizaram para participar da pesquisa. São apresentadas também percepções a respeito da dinâmica de trabalho nos centros de saúde que foram cenários deste estudo.

Parte-se do pressuposto que o processo comunicativo é permeado por uma multiplicidade de significados presentes tanto nas expressões verbais quanto nas não verbais, mostrando sentimentos que revelam a forma com a qual o sujeito vivencia e interpreta a dinâmica social (SILVA, 2002).

Segundo a autora o processo comunicativo envolve aquilo que se pretende transmitir, ou seja, um conteúdo, acontecimento, fato ou informação e aquilo que sentimos ao nos colocarmos em interação com os sujeitos. Por conteúdo a autora faz referência ao arcabouço cultural que todos dispõem. Quanto aos sentimentos, afirma que as pessoas transmitem emoção mesmo que inconscientemente. Por esta razão, compartilhamos a perspectiva de Minayo (2004, p. 107) ao afirmar que: “não se pode pensar um trabalho de campo neutro”.

Nos sete centros de saúde onde a pesquisa foi realizada houve receptividade e acolhimento por parte dos gerentes e dos enfermeiros. Da mesma forma, a receptividade por parte da equipe também foi grande, talvez pelo fato de os enfermeiros terem feito o elo entre a pesquisadora e a equipe, indicando quem era técnico de enfermagem, o médico e o ACS que contemplavam os critérios de inclusão no estudo.

Durante a coleta de dados pude perceber que ficavam mais à vontade na entrevista aqueles enfermeiros com os quais eu tive mais tempo de me aproximar antes de iniciar propriamente a entrevista. Por várias vezes, mesmo tendo agendado horário, eu precisei aguardar o enfermeiro, seja por algum imprevisto, seja por eu ter chegado à unidade, de forma não intencional, antecipadamente. Interessante é que os enfermeiros me convidavam a acompanhá-los nas atividades que precisam concluir antes de participarem da entrevista.

Durante este tempo de espera, tive a oportunidade de acompanhar atendimentos diversos dos enfermeiros desde o acolhimento, classificação de risco, atendimento de caso agudo, atendimento individual e reunião de equipe. Observei, também, a dinâmica de funcionamento do serviço e estabeleci com o enfermeiro uma relação menos pontual que contribuiu para a construção de empatia entre pesquisador e sujeito da pesquisa.

Os enfermeiros, em sua maioria, inicialmente apresentaram desconforto em apresentar-se e dizer quem são. Talvez por não constituir esta uma pergunta corriqueira do cotidiano tão menos uma questão para qual temos como hábito debruçar-nos em reflexão.

Mas trata-se de uma indagação cuja resposta nos implica diretamente, por isso o receio de ser mal compreendido.

Quando questionados sobre seu cotidiano de trabalho na saúde da família e sobre o significado que o mesmo assume em suas vidas este exercício profissional, os enfermeiros se manifestaram de forma angustiada sendo que alguns ainda comentaram que a entrevista oportunizava um desabafo deles.

Com relação aos sujeitos secundários também foi observada receptividade e disponibilidade em participar da pesquisa. Alguns já tinham conhecimento da pesquisa, outros, porém, tiveram impossibilitada sua participação naquele momento fazendo com que eu retornasse em outra oportunidade devido à dinâmica e demanda do serviço. Contudo, o horário de retorno fora combinado pelos próprios sujeitos que, muitas vezes, se mostraram bem agradecidos por serem convidados a participar do estudo.

Interessante destacar que, de forma particular, a entrevista com os técnicos de enfermagem apresentou mais dificuldades na captação de suas percepções acerca do objeto de estudo. Isto porque, a maior parte deles, ao serem questionados sobre o cotidiano de trabalho do enfermeiro, respondiam sobre seu próprio cotidiano de trabalho. A sensação que se tinha é que para os técnicos de enfermagem não há diferença entre enfermeiros e a enfermagem.

Quanto aos médicos, dos sete centros de saúde visitados, um médico estava de férias no momento da coleta de dados, outro médico estava de licença saúde e um terceiro médico não aceitou participar da pesquisa. Este último contestou a cientificidade da pesquisa qualitativa. O acontecimento traz para a reflexão os desafios que se apresentam ainda para a pesquisa qualitativa no cenário científico.

Já os agentes de saúde, na maioria, mostraram-se entusiasmados com sua participação na pesquisa e interpretaram a realização da mesma como forma de valorização da enfermagem.

Foi possível perceber a tranquilidade e propriedade com que a maioria dos entrevistados disserta sobre o tema saúde da família, agregando às suas falas riqueza de detalhes e usando casos reais como exemplos do que relatam. Estes casos sempre eram descritos com minúcia, detalhando os nomes e sobrenomes dos sujeitos neles envolvidos, expressando o forte vínculo que os profissionais constroem com a comunidade no trabalho em saúde da família. Acreditamos que esta situação pode estar associada ao fato de grande parte dos entrevistados possuírem dez anos de atuação na saúde da família o que lhe proporciona uma bagagem rica e que contribuiu sobremaneira para compreender o fenômeno em estudo.

Característica marcante do processo de coleta de dados no que tange à realização de todas as entrevistas foi à ausência de lugar adequado para a efetivação das mesmas. Isto é reflexo das próprias condições estruturais dos centros de saúde os quais funcionam em locais improvisados que não foram construídos para tal, exigindo muitas adaptações nem sempre exitosas. O acesso físico às unidades é repleto de escadas, rampas e subidas íngremes. O tamanho das unidades é insuficiente para comportar todas as atividades e todos os profissionais que atuam na saúde da família. Assim, as entrevistas eram realizadas no local que se estivesse disponível e assim que essa disponibilidade se acabava, era preciso migrar em busca de outro local. Esta dificuldade reflete nada mais que o próprio cotidiano de trabalho dos enfermeiros que precisam “mendigar” espaços para desempenharem suas funções.

As condições de precariedade a que estão submetidos os profissionais da ESF do Distrito Centro-Sul de Belo Horizonte (MG) foi o que mais despertou atenção. Ao observar as adaptações nas estruturas que mal conseguem acolher os profissionais tão menos os usuários, me colocava a refletir sobre as contradições que permeiam o processo de implantação da ESF no Brasil. Isto porque embora esta estratégia revele, de forma indubitável, impactos significativos nos indicadores de saúde bem como se apresente como prioridade nos discursos das políticas governamentais, esta importância não tem retornado aos profissionais na forma de reconhecimento, valorização e o mínimo necessário para trabalhar com dignidade.

É notória a presença dos enfermeiros na condução da dinâmica do serviço. É ele quem está na linha de frente do serviço sendo também sobre ele que recai a frustração dos sujeitos para com um sistema de saúde que embora apresente avanços, ainda é repleto de lacunas. Destaca-se que estes achados referem-se ao contexto do Distrito Sanitário Centro-Sul sendo diferente do cotidiano das outras regionais no município de Belo Horizonte.

3.8 Perfil dos sujeitos

Nesta pesquisa os sujeitos foram caracterizados como sujeitos nucleares e sujeitos secundários. Os enfermeiros correspondem aos sujeitos nucleares e os demais profissionais da equipe de saúde da família constituem os sujeitos secundários.

3.8.1 Sujeitos Nucleares – Enfermeiros de Saúde da Família

Os enfermeiros constituem o eixo central desta investigação e por este motivo a descrição do seu perfil foi apresentada de forma mais detalhada se comparada aos sujeitos secundários.

Inicialmente, buscou-se conhecer características pessoais dos enfermeiros de saúde da família. Neste estudo, 85,7% dos sujeitos nucleares são do sexo feminino e média de idade é de 42 anos, tendo 30 anos o enfermeiro mais jovem e 61 o mais velho.

No que se refere ao estado civil, a proporção de casados e solteiros é a mesma (42,8%) e um sujeito é divorciado. A maioria dos enfermeiros possui filhos (57%) enquanto 43% não possuem filhos. A maior parte dos enfermeiros (85,7%) têm experiência na área hospitalar. Todos os enfermeiros (100%) desta pesquisa trabalham 40 horas semanais, sendo sua via de inserção no cargo o concurso público municipal. A tabela 1 sintetiza o perfil sócio demográfico dos enfermeiros sujeitos deste estudo:

Tabela 1

Perfil dos sujeitos nucleares de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional									
	Sexo	Idade	Estado Civil	Filhos	Tempo na ESF(em anos)	Ano Conclusão Acadêmica	Especialização		Experiência hospitalar
							ESF	Outros	
E1	F	37	Casada	2	10*	2000	Sim	Não	Sim
E2	M	42	Casado	1	13	1995	Sim	Sim	Sim
E3	F	52	Casada	2	10*	1982	Sim	Sim	Sim
E4	F	42	Solteira	0	10*	1993	Sim	Não	Sim
E5	F	61	Divorciada	1	10*	1977	Sim	Sim	Sim
E6	F	30	Solteira	0	5	2007	Sim	Não	Não
E7	F	30	Solteira	0	7	2005	Não	Sim	Sim

Nota: *Atuam na ESF em Belo Horizonte desde a implantação da estratégia no município

O maior contingente de mulheres neste estudo reforça o legado histórico da enfermagem no qual predomina, desde sua gênese, a força de trabalho feminina. Ao longo da história a sociedade associa a prática do cuidado às mulheres, delineando um imaginário social sobre a enfermagem marcado por estigmas e estereótipos femininos. A enfermagem é fortemente associada, dessa forma, à submissão inferioridade, tal qual a mulher é concebida pelas sociedades estruturadas sob a égide do pensamento patriarcalista (BRITO, 2004).

Medeiros *et al* (2006, p. 234) reforçam essa perspectiva ao afirmar que profissionais de enfermagem correspondem à maior proporção de força de trabalho da área de saúde, tendo como singularidade o predomínio do sexo feminino. Essa característica traz implicações de gênero importantes dado que a mulher assume na sociedade múltiplas funções como: “trabalhadoras, mães e donas de casa”.

Destaca-se o movimento de mudança do perfil hegemonicamente feminino da enfermagem, haja vista a inserção, mesmo que incipiente se comparar quantitativamente, mas intenso na velocidade com que vem ocorrendo diz respeito à inserção do sexo masculino na categoria. A presença masculina na enfermagem é consequência da ampliação das frentes de trabalho na profissão (BRITO,2004).

Com relação ao tempo de formação acadêmica, os enfermeiros formados há mais de 15 anos tiveram suas matrizes curriculares direcionadas majoritariamente para a atenção hospitalar, refletindo a conformação da sociedade que, embora já tivesse definido novos rumos para a política de saúde, sua consolidação se apresentava de forma incipiente e tímida. Portanto, esses enfermeiros tiveram menos oportunidades de aprendizado no que tange à atenção primária se comparados aos graduados em um período inferior a 5 anos. Já aqueles enfermeiros tiveram seu processo de formação entre 6 e 15 anos vivenciaram importantes transformações relacionadas ao delineamento dos seus projetos políticos pedagógicos e das matrizes curriculares que norteavam o curso. Neste intervalo de tempo, foi criada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a qual fundamentou a criação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cada curso (BRASIL 1996). Remonta também deste período, o processo de organização dos cursos de enfermagem, no sentido de direcionar a formação profissional para a atuação competente no SUS e consolidação da ESF.

Merece destaque o fato de todos os enfermeiros deste estudo terem formado em universidades públicas, o que aponta para o importante direcionamento destas instituições para a atuação nos serviços públicos de saúde, particularmente, a atenção primária. Esse movimento de mudança que tem sido envidado pelas universidades públicas no que tange ao processo de formação profissional pode ser evidenciado ao se analisar o conteúdo programático dos cursos de enfermagem dessas instituições, o qual é composto por disciplinas cujo foco está no SUS e na Saúde Pública.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Montenegro (2010), no qual foi analisada a formação profissional do enfermeiro na perspectiva da atenção primária. O estudo foi realizado com 21 enfermeiros da rede básica de Belo Horizonte e todos eles fizeram sua graduação em universidades públicas. O estudo revela, ainda, que quando questionados sobre

sua formação para atuar em APS, dentre os que consideravam adequada, 76,5% formaram em universidades públicas.

No presente estudo, apenas um enfermeiro não possui especialização em saúde da família, mas possui especialização em processo de educação em saúde que, segundo a enfermeira, contribuiu sobremaneira para sua atuação em saúde da família. Sobre o processo de formação profissional acredita-se que

(...) é de grande relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde. No âmbito do PSF, a formação constitui elemento fundamental para o sucesso desse modelo de atenção, exigindo dos profissionais envolvidos a compreensão da sua política e o engajamento nos processos de trabalho com vistas à melhoria das condições de saúde e vida da população assistida (MONTENEGRO, 2010, p. 54).

No que se refere ao tempo de atuação na APS, 71,4% dos entrevistados atuam na ESF desde sua implantação em Belo Horizonte, ocorrida em 2002. As competências e habilidades necessárias para trabalhar neste contexto foram desenvolvidas no cotidiano de forma que estes profissionais vivenciaram o processo de desenvolvimento da APS no município.

Tendo como pressuposto que a configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família está diretamente ligada às relações interpessoais estabelecidas no cotidiano, foram eleitos como sujeitos secundários os profissionais da equipe de saúde da família que lidam com o enfermeiro, a saber: agente comunitário de saúde, médico e técnico de enfermagem. O perfil dos sujeitos secundários foram apresentados brevemente de acordo com a categoria profissional.

3.8.2 Perfil dos sujeitos secundários

Foram sujeitos secundários deste estudo quatro médicos e a análise de seu perfil abrangeu aspectos relacionados ao sexo, idade, estado civil, filhos, tempo de atuação na saúde da família, especialização em saúde da família e experiência na área hospitalar, conforme TAB 2.

A maioria dos médicos entrevistados (75%) é do sexo feminino, 50% são casados, 25% solteiros e 25% divorciados e a maior parte (75%) possui filhos. Com relação à

formação profissional, 75% possui especialização em Saúde da Família. Todos os médicos possuem outras especializações e apenas uma médica não atuou na área hospitalar.

Com relação ao tempo de atuação em saúde da família ressalta-se que todos os médicos sujeitos deste estudo possuem vasta experiência na área, haja vista que o menor tempo de atuação é de nove anos e treze anos o maior tempo de atuação, antes mesmo da implantação da estratégia em Belo Horizonte, tendo este sujeito atuado em municípios do interior de Minas Gerais que já trabalhavam com a ESF. Na tabela 2 é apresentada a síntese do perfil sócio demográfico dos médicos sujeitos deste estudo:

Tabela 2

Perfil dos Médicos de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

	Sexo	Idade	Estado Civil	Filhos	Tempo ESF (em anos)	Especialização		Experiência Hospitalar
						ESF	Outras	
M1	F	55	Casada	3	10*	Sim	Sim	Sim
M2	F	52	Solteira	0	12*	Sim	Sim	Não
M3	M	55	Casado	2	9	Não	Sim	Sim
M4	F	52	Divorciada	1	13*	Sim	Sim	Sim

Nota: *Atuam na ESF em Belo Horizonte desde a implantação da estratégia no município

Foram também sujeitos secundários deste estudo, seis técnicos de enfermagem, sendo a totalidade do sexo feminino. Metade eram solteiras, a maioria (66,6%) possui filhos. Com relação à experiência na ESF destaca-se que 83,3% dos técnicos atuam na estratégia desde sua implantação em Belo Horizonte. A tabela 3 sintetiza o perfil sócio demográfico dos técnicos de enfermagem sujeitos deste estudo:

Tabela 3

Perfil dos técnicos de enfermagem de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

	Sexo	Idade	Estado Civil	Filhos	Tempo na ESF	Capacitação da ESF	Outros empregos
TE 1	F	38	Divorciada	1	10*	Não	Hospital
TE 2	F	50	Casada	2	10*	Não	Não
TE 3	F	45	Solteira	Não	10*	Sim	Hospital
TE 4	F	55	Solteira	Não	12*	Não	Hospital
TE 5	F	50	Casada	Não	12*	Sim	Hospital
TE 6	F	56	Solteira	Não	3	Sim	Hospital

Nota: *Atuam na ESF em Belo Horizonte desde a implantação da estratégia no município

A análise do perfil dos ACS considerou os seguintes itens: sexo, idade, estado civil, tempo de atuação em saúde da família, filhos, capacitação para o exercício do cargo e empregos anteriores, conforme Tab. X

O grupo dos agentes comunitários de saúde foi composto por sete sujeitos, sendo a maioria (71,4%) do sexo feminino. A faixa etária variou entre 29 e 50 anos. Com relação ao estado civil, a maior parte (57, 15) dos ACS são casados, sendo dois (28,5%) solteiros e um (14,2%) divorciado. Todos os ACS possuem filhos.

A maioria dos ACS (85,7%) não possuíam experiência prévia no campo de saúde. Apenas um trabalhou em hospital por ser técnico de enfermagem. Esse perfil é semelhante ao encontrado no estudo de Lara (2008) que investigou a identidade de ACS de zonas rurais no município de Diamantina, no estado de Minas Gérias.

Importa destacar que todos os ACS possuem significativo tempo de atuação na ESF sendo o menor tempo de atuação de oito anos e o maior 12 anos, contando a experiência de ser ACS do PACS, antes mesmo da implantação da ESF em Belo Horizonte. Além disso, todos os ACS participaram do Curso de Formação Técnico do Agente Comunitário de Saúde promovido pela PBH. A tabela X sintetiza o perfil sócio demográfico dos ACS sujeitos deste estudo:

Tabela 4
Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde de acordo com características sociodemográficas e atuação profissional

	Sexo	Idade	Estado Civil	Filhos	Tempo ESF (em anos)	Capacitação ACS	Empregos anteriores
ACS 1	F	29	Casada	2	9	Sim	Vendedora
ACS 2	F	35	Casada	2	8	Sim	Supermercado; doméstica, cozinheira
ACS 3	F	50	Casada	2	10 + 2 PACS	Sim	Hospital; Cuidador em domicílio
ACS 4	M	32	Casado	1	9	Sim	Loja
ACS 5	F	34	Solteira	5	10 + 1 PACS	Sim	Do lar
ACS 6	M	31	Divorciado	3	10 + 2 PACS	Sim	Cobrador, porteiro, vigilante
ACS 7	F	33	Solteira	2	9	Sim	Vendedora de bombom

Nota: PACS: Programa de Agente Comunitário de Saúde

4. COMPREENDENDO A CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Parte-se do pressuposto que um mesmo indivíduo possui múltiplas identidades o que gera tensões e contradições relacionadas à percepção de si e o reconhecimento pelos outros. A matéria-prima da identidade consiste, dessa forma, no conjunto de elementos que fazem parte da trajetória histórica dos sujeitos. Essa matéria-prima é reorganizada e ressignificada pelos indivíduos a partir de sua visão de mundo em determinado tempo-espaço (BRITO, 2004).

Ressalta-se ainda que “o sujeito não existe fora do contexto de sua cultura, de sua sociedade e de sua história” (LUNARDI *et al*, 2001, p.92). A realidade subjetiva de constituição dos sujeitos e de sua construção identitária se encontra relacionada a realidade objetiva onde ela se constrói. Significa dizer que a construção individual é, sobretudo, uma construção social. A subjetivação dos processos sociais e das relações estabelecidas ao longo da vida constituem, segundo Dubar (2005), as formas identitárias.

A apreensão de elementos objetivos e subjetivos presentes no cotidiano da saúde da família é requisito fundamental para se compreender a configuração identitária do enfermeiro (LARA, 2010). Os aspectos objetivos estão relacionados aos arranjos organizacionais que determinam certas condições de trabalho e de exercício profissional. Os aspectos subjetivos dizem respeito à percepção que os enfermeiros têm de si e à percepção que os outros têm sobre ele. A construção identitária passa por processos de rupturas e continuidades em situações singulares da vida e está relacionada, segundo Dubar (2005, p. 156) às:

(...) formas assumidas pela linguagem que podemos encontrar em outros campos e que remetem a visões de si e dos outros, de si pelos outros, e também dos outros por si. São ‘categorias atribuídas’ (identidades para o outro) e identidades ‘construídas’ (identidade para si) (DUBAR, 2005, p. 156).

O trabalho na ESF é desenvolvido em um contexto emblemático de transição do modelo assistencial que determina processos de trabalho, arranjos organizacionais e condições de trabalho que afetam diretamente as práticas profissionais dos enfermeiros. Afetando essas práticas, a ESF influencia a forma como os enfermeiros se percebem no exercício de suas funções, bem como a forma com que são percebidos pelos atores sociais que compartilham como ele dessa realidade. Assim, as práticas dos enfermeiros de saúde da família configuram-se como base de um modo de ser e agir desse grupo profissional que influencia as relações

cotidianas e a consolidação no novo modelo assistencial.

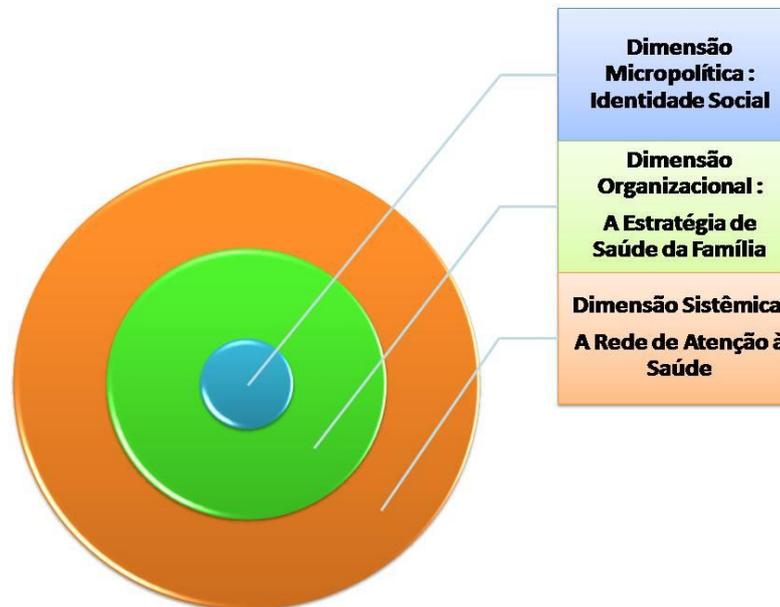
É preciso refletir sobre as questões subjetivas, relacionais, organizacionais e estruturais que afetam o mundo do trabalho e os processos nele desenvolvidos, com os significados singulares que produzem nos atores sociais que vivenciam a realidade. Na perspectiva de Minayo (2004) há sempre uma interseção entre o sujeito e o contexto onde os significados se produzem e se manifestam.

Assim sendo, a identidade social reconhece o processo de subjetivação como parte fundamental da construção de si, tanto no que se refere à auto percepção quanto o modo como será reconhecido pelos demais. Isto porque a subjetividade, segundo Lunardi *et al* (2001) refere-se à vida interior e desenvolve-se mediante a interação do sujeito com grupos sociais. É neste espaço de interação que são implementadas as estratégias de sociabilidade que, por sua vez, constituem o processo de subjetivação.

Nesse sentido, a construção do *ser* enfermeiro na saúde da família não se deve apenas ao seu processo formativo ou sua experiência profissional, mas é produto da articulação de acontecimentos e vivências familiares, pessoais e sociais anteriormente experimentadas. Além disso, é produto da forma particular com que os sujeitos internalizam e percebem tais vivências.

Considerando-se o exposto, a análise dos dados permitiu compreender como se configura a identidade do enfermeiro no contexto da ESF. Buscamos analisar essa construção identitária relacionando-a as estruturas organizacionais nas quais as práticas dos enfermeiros são inseridas. Como referencial teórico para essa articulação foi utilizado o modelo proposto por Cecílio (2009) sobre as dimensões da gestão do cuidado. Para tanto, esse capítulo foi organizado em três dimensões. São elas: a dimensão micropolítica, organizacional e sistêmica conforme Cecílio (2009), representadas na FIG 4.

Figura 4: Análise da identidade social no contexto da ESF



Fonte: Elaborado para fins deste estudo com base no material empírico e em Cecílio (2009)

A dimensão micropolítica é o espaço no qual a identidade social se expressa e se (re) constrói cotidianamente. É nesta dimensão que se situa o mundo vivido dos enfermeiros com todas as possibilidades e limitações reais com as quais se deparam no dia a dia. Assim sendo, para fins deste estudo, na dimensão micropolítica serão analisadas as identidades sociais reais e virtuais do enfermeiro na ESF, considerando a visão de si próprio e de outras pessoas com as quais se relaciona no cotidiano, bem como as facilidades e dificuldades com que se depara.

A dimensão organizacional analisa a ESF como estrutura organizacional que define processos de trabalho determinantes das práticas de enfermagem e, conseqüentemente a configuração identitária do enfermeiro. Nessa seção, apresentamos a percepção dos enfermeiros a respeito dos avanços, desafios e atravessamentos pelos quais passa a ESF e os impactos dessa realidade na sua consolidação como política governamental de reorientação do modelo assistencial. Buscou-se, ainda, evidenciar como essa estrutura impacta na construção do ser enfermeiro por meio de suas vivências no exercício profissional.

A dimensão sistêmica enfoca a Rede de Assistência à Saúde de Belo Horizonte reconhecida aqui como a esfera macropolítica na qual se insere o trabalho do enfermeiro na

ESF. A RAS determina condições estruturais e organizacionais do sistema de atenção à saúde de Belo Horizonte. Nesta sessão, são analisadas as perspectivas dos enfermeiros da ESF a respeito da referida rede e como ela impacta no processo de trabalho na micropolítica do serviço.

4.1 Dimensão Micropolítica

4.1.1 O cotidiano na saúde da família – o mundo vivido dos enfermeiros

A presença do enfermeiro na ESF tem se mostrado fundamental para a expansão e consolidação desta estratégia na reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Isto porque este profissional possui atribuições de várias naturezas que, no seu conjunto, contemplam desde a organização das atividades da ESF, o funcionamento do centro de saúde até a assistência direta ao indivíduo, família e comunidade. É necessário, dessa forma, conhecer o mundo vivido por eles no cotidiano da saúde da família, identificando as facilidades e dificuldades que atravessam suas práticas. Essa vivência profissional tem implicações significativas na configuração identitária do enfermeiro que atua na ESF.

O cotidiano do enfermeiro de saúde da família da Regional Centro-Sul do município de Belo Horizonte é permeado por conflitos que abarcam seu exercício profissional e as expectativas que projetam no seu desempenho. Tais conflitos decorrem da luta permanente pela produção de novos modos de fazer saúde em um contexto onde ainda predominam estratégias de gestão e aspectos ideológicos que, direta ou indiretamente, fortalecem o modelo instituído. O que se percebe é que no cotidiano os enfermeiros buscam ser, de fato, enfermeiros de saúde da família. Compreendem seu novo papel proposto pela política de saúde, mas não encontram meios de traduzi-los nas suas práticas cotidianas.

Vivenciam, assim, uma crise identitária que se revela na contradição de suas práticas cotidianas, as quais buscam suprir as lacunas de um sistema de saúde que ainda não consegue se estruturar para ser de fato o que se propõe. Uma das características marcantes do cotidiano é a sobrecarga de trabalho, haja vista que precisam responder às demandas relacionadas ao funcionamento do centro de saúde e da população que busca os serviços de saúde na forma de demanda espontânea e também é necessário que ofereçam respostas às metas estabelecidas, pactuações e indicadores previstos na ESF e introduzir práticas voltadas à promoção da saúde

e prevenção de agravos, identificando riscos na comunidade e neles intervindo antecipadamente.

Os enfermeiros reconhecem essas responsabilidades e também sua incapacidade de responder a todas elas com qualidade. A sobrecarga de trabalho é reconhecida como a razão de não conseguir dedicar-se às ações de saúde da família, conforme expresso por E5:

Mas expandiu o horizonte de trabalho né? A visão é outra, a gente da saúde pública já tem uma visão diferente do outro, melhorou demais, assim, a gente tem mais condições de estar ajudando a família sob todos os aspectos. Mais a sobrecarga do trabalho você sabe que é grande e impede a gente de se dedicar como deveria na Saúde da Família. E eu tenho que ficar aqui dentro na assistência e tenho que estar saindo, também, tomando conta dos agentes comunitário, então, a gente sabe que não faz isso bem feito. Não dá pra fazer bem feito. E como convive duas realidades aqui dentro, uma da saúde da família e a outra da demanda espontânea que chega, (E5).

Merece destaque no mundo vivido dos enfermeiros a ambigüidade presente no trabalho. Por um lado, ampliou seu espaço de atuação possibilitando a realização de práticas que ultrapassam a perspectiva de cura e de tratamento. Por outro lado, aumentou de forma considerável a sobrecarga de trabalho a que estão submetidos conferindo à dinâmica do serviço um caráter estressante, tumultuado e propiciador de esgotamento desses profissionais.

O cotidiano do enfermeiro é marcado pelo conflito de ter que responsabilizar-se pelo conjunto de atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do centro de saúde e o trabalho específico da ESF. A cobrança que se impõem a esses enfermeiros não é proporcional às condições que lhes são dadas para responder com qualidade às prerrogativas da saúde da família e ao atendimento da demanda espontânea. Sendo assim, há sempre o conflito de tomar decisões reconhecendo que alguma atividade será negligenciada para que outra seja realizada:

Então, o mesmo enfermeiro que está aqui dentro pra assistência é o mesmo que tem que sair pra fazer visita. É o mesmo, que não tem tempo pra sentar com o agente comunitário pra estar programando, organizando as coisas, sabe? (E5).

A realidade de saúde do Brasil é marcada pela coexistência de modelos assistenciais antagônicos: de um lado, o modelo de atenção voltado para queixa/demanda, com foco no tratamento e na cura e em intervenções pontuais em uma perspectiva individual. De outro lado, um modelo pautado em práticas de promoção da saúde que pretendem intervir na

realidade de forma antecipada para evitar o adoecimento e potencializar a saúde, baseado em práticas coletivas e com foco nos determinantes de saúde, pautadas na perspectiva do cuidado longitudinal e na integralidade.

Os profissionais dos centros de saúde precisam conviver com essa ambiguidade dado que é necessário intervir de forma imediata sobre os acometimentos já instalados que chegam nos serviços pela demanda espontânea sem, no entanto, suprimir as práticas de promoção da saúde e toda sua perspectiva de transformação.

Cabe salientar que enquanto for necessário suprimir as atividades com grupos populacionais saudáveis para responder aos casos agudos com adoecimento já instalado, será fortalecida a lógica que entende que os serviços de saúde são para tratamento de doença e não para construção de saúde.

Então, o que dificulta é a sobrecarga, também. Sabe, dificulta, por exemplo, eu estou acolhendo, esse mês, por exemplo tem 5 de férias, eu tenho que acolher, que as vezes eu tenho que deixar o meu grupo de pré-natal, que é uma coisa que me incomoda muito, por causa do acolhimento. Porque o volume de cobrança das pessoas que estão aí, principalmente do trabalhador, é muito grande (E5).

Demanda muito grande atrapalha também, por exemplo, nosso acolhimento, a demanda espontânea é muito grande, aqui é bem grande então isso atrapalha também. A quantidade de agudos que hoje procuram os centros de saúde, acho que as UPA's tinham que ser mais incrementadas. Eu vejo assim que tem projetos pra isso, a Prefeitura tem projeto de ampliar essas UPA's, que talvez seja a necessidade (E3)

A gente tem uma agenda né? De manha na segunda feira eu fico no Manchester que é a classificação de risco, que antes era acolhimento agora é Manchester. Outra coisa também que a gente é igual uma máquina, a gente vai lá classifica, se você vê alguma que você pode intervir: não, não pode! Por que tem que ir pra consulta medica. Ai se você quiser fazer alguma coisa é fora do Manchester porque você tem um tempo de classificação. Então restringiu muito o trabalho do enfermeiro (E6)

A implantação do Protocolo de Manchester na APS é a evidência de que a organização dos serviços na ESF ocorre a partir da demanda espontânea. De acordo com o manual do curso de capacitação de Classificação de Risco em Urgências e Emergências promovido pelo Núcleo de Educação à Distância da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, triagem ou classificação de risco constitui uma ferramenta:

(...) de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. Estas ferramentas pretendem assegurar a atenção médica de acordo com o tempo de resposta de acordo com a necessidade do paciente. As

primeiras triagens nos serviços de urgência eram feitas de forma mais intuitiva que metodológica e não eram, portanto, nem replicáveis entre os profissionais, nem auditáveis (MINAS GERAIS, 2010, p.1)

A respeito da classificação de risco, Silva *et al* (2012, p. 229) afirmam que consiste em “uma estratégia para sistematizar o atendimento permitindo a avaliação dos usuários de acordo com o agravo à saúde, não levando em consideração a ordem de chegada na unidade de saúde e o bom senso dos profissionais”.

A origem do Protocolo de Manchester se deve à necessidade de superar padrões de avaliação subjetivos na análise dos quadros clínicos que se apresentam aos serviços de urgência buscando atender primeiro aqueles que necessitassem do atendimento com prioridade. Respeita uma prerrogativa de justiça ao considerar como prioridade não o sujeito que primeiro chega aos serviços de saúde, mas aquele que pela condição clínica necessita de atendimento imediato. A partir dos sinais e sintomas manifestos e identificados nos pacientes é definida a prioridade clínica. A metodologia de Classificação de Risco é internacionalmente reconhecida e utilizada em países como Portugal, Inglaterra e Reino Unido (MINAS GERAIS, 2010).

Há que se destacar que a lógica trazida pelo Protocolo de Manchester é adequada à dinâmica dos serviços de urgência e emergência sendo coerente com a finalidade e especificidade desses serviços. Em contrapartida, questiona-se a transposição dessa metodologia para centros de saúde cuja finalidade não é a mesma da urgência e emergência.

Acredita-se que o fato de os centros de saúde receberem demandas de urgência não justifica sua organização a partir de uma lógica que não responde à sua especificidade. Mesmo que o centro de saúde constitua porta de entrada para atendimento de urgências e emergências conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006), não justifica sua organização a partir dessa perspectiva. O foco das ações na ESF se encontra na reorganização da prática assistencial tendo como eixo as necessidades de saúde dos usuários e não sua queixa/demanda. Entende-se, portanto, a implantação do Protocolo de Manchester na APS como um retrocesso organizacional. Isto porque sua implantação além de não responder à lógica da ESF ainda suprime as ações específicas da saúde da família conforme pode ser evidenciado no depoimento:

Então, eu estou tendo que pegar o Manchester todo o dia de manhã, e é muito pesado sobra pouco tempo para atividades próprias da equipe de saúde da família, né? (E1)

O depoimento abaixo sugere que a implantação do Protocolo de Manchester reforçou a prática de saúde voltada para intervenções pontuais que colaboram para a permanência do modelo biomédico, também no ideário da população.

Porque o Manchester é uma coisa rápida, porque eles [os usuários] vem, está com a queixa, passa, pega o remédio para aquela hora. Não faz acompanhamento não faz nada e pra eles está resolvido. Mas não é só isso né? Então eu acho que o Manchester atrapalhou muito esse trabalho de conscientização do usuário (E6).

Ao priorizar a abordagem sobre o corpo e sobre a doença traduzida na linguagem de sinais e sintomas clínicos pode-se inferir, com base nos depoimentos, que a implantação do Protocolo de Manchester na Atenção Primária reforça as estratégias de biopoder (FOUCAULT, 1979) nas práticas de saúde. Há o reforço de um jeito de fazer saúde que privilegia a intervenção sobre os domínios biológicos, respaldada por um saber científico e um saber técnico que se estabelecem como um saber poder criando mecanismos controle e de dominação dos sujeitos (FOUCAULT, 1979).

A respeito da diferença entre demanda e necessidade de saúde Cecílio (2001) afirma que a primeira corresponde à necessidade traduzida na oferta disponibilizada pelos serviços de saúde. Ou seja, dentro do cardápio de atividades que o centro de saúde oferece, a linguagem da doença parece possuir prioridade. Assim, a necessidade de saúde é modelada e se traduz como demanda para que o acesso seja concedido ao sujeito. Já a necessidade de saúde diz respeito a real demanda do sujeito que ultrapassa questões biológicas estando inclusive relacionada ao seu projeto singular de felicidade, abarcando várias dimensões da sua vida. Para que a necessidade de saúde seja apreendida e captada pelo profissional de saúde, imperativo se faz a priorização de escuta qualificada que pretende compreender o significado da fala do sujeito a partir do seu contexto de vida, de seus valores e de suas crenças.

Ribeiro *et al* (2008, p. 51) em consonância com Cecílio (2001) afirmam que “nem sempre aquilo que o paciente pede na demanda é o que ele deseja, e responder ao que ele pede nem sempre é o mais adequado para um tratamento. (...) A não-aceitação imediata da demanda abre a possibilidade para a fala produzir seus efeitos”. A exclusão da dimensão subjetiva da saúde por meio da implantação do Protocolo de Manchester na APS é discutida pelo referido autor o qual afirma que:

Durante o trabalho foi percebida a angústia vivida pelos profissionais, especialmente ao trabalhar com o acolhimento. Percebemos a necessidade de estudar a demanda, conhecê-la de forma diferenciada, não uniformizada pelos protocolos que possam orientar o atendimento. Os protocolos buscam produzir uma igualdade entre os usuários, sem levar em conta a subjetividade, e disso resulta uma verdade que só pode ser parcial. Dessa verdade produzida pelos protocolos na forma de diagnósticos que definem condutas, resultam a exclusão subjetiva. Devemos lembrar que, além das igualdades relacionadas às doenças, é fundamental levar em conta a particularidade de cada sujeito (RIBEIRO, *et. al* 2008., p. 42).

Em face à implantação do Protocolo de Manchester na APS ressalta-se que esse dispositivo de gestão não contempla a realidade dos centros de saúde. Colabora, sobretudo, para que as reais necessidades de saúde dos sujeitos sejam cada vez mais ocultadas e submergidas dentro da linguagem da doença que, historicamente, tem marcado as organizações de saúde.

O Protocolo de Manchester foi introduzido com o objetivo de substituir o tradicional acolhimento. Esta estratégia constitui em outra forma de organização do processo de trabalho que também tem por objetivo atender a demanda espontânea e propiciar acesso universal ao serviço. Conforme o depoimento de E2, a seguir, percebe-se que o acolhimento tem como propósito responder à demanda espontânea, o que consome maior parte do tempo dos profissionais, prejudicando inclusive, sua interação como equipe:

Agora, muitas vezes, no dia a dia, é muito corrido. Essa grande demanda de atendimento, às vezes, acaba se distanciando um pouco, dos demais membros da equipe porque muitas vezes, o enfermeiro está no acolhimento, fazendo acolhimento, atendendo, aquela demanda espontânea, o médico já está, na outra sala atendendo aquela demanda que chega pro enfermeiro, avaliar e encaminhar. E fica muito corrida, e às vezes, conforme o dia, você não tem oportunidade nem de soltar uma frase, mal mal você fala um bom dia, um oi e as vezes cada uma na sua atividade muito corrida. Então, às vezes, isso atrapalha um pouquinho, não só na nossa equipe, mas eu vejo a equipe de outros enfermeiros (E2).

Dentre as razões apontadas pelos sujeitos nucleares para justificar a existência da sobrecarga de trabalho, o acolhimento emerge como fator principal para a configuração desta situação.

Então a cobrança da demanda espontânea pro acolhimento é muito grande. E acaba que quem fica mais no acolhimento, somos nós enfermeiros. E ai eu deixo de fazer outras coisas se não eu não dou conta. O grupo “a roda de

conversa”, por exemplo, na quarta-feira, que eu faço uma roda de conversa na sala de espera, tem umas 2 ou 3 semanas que eu não consigo fazer por causa da sobrecarga. E aí o povo começa lá fora: "Que hora que vai me acolher?" (E5).

O acesso universal aos serviços de saúde constitui um princípio sobre o qual se fundamenta a APS, a qual deve efetivar-se como porta de entrada preferencial dos usuários ao conjunto de equipamentos que compõem a rede de assistência à saúde. Além disso, as práticas realizadas na Atenção Básica precisam promover e fortalecer os vínculos entre os profissionais e a comunidade por meio da construção de uma relação de co-responsabilização entre o profissional de saúde e o usuário. Nesse contexto, o acolhimento surge como dispositivo potencialmente capaz de viabilizar o novo processo de trabalho proposto pelo SUS.

O acolhimento constitui-se como diretriz operacional que se fundamenta no princípio da universalidade e equidade a partir da reorganização das práticas de saúde.

Acolhimento como um dispositivo que interroga processos intercessores que constroem relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas em saúde (FRANCO, 1999, p. 346).

O acolhimento e o vínculo são entendidos como condições elementares e indispensáveis para a responsabilização clínica e sanitária com vistas à resolutividade e real transformação dos processos de produção da saúde, da doença e do cuidado. Franco (1999) entende o acolhimento para além de ferramenta organizacional, como uma forma de ser do profissional ao se dispor a escutar o usuário e se co-responsabilizar pela sua necessidade. Nessa perspectiva, o acolhimento deve acontecer toda vez que houver o encontro do profissional de saúde com o usuário:

Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (FRANCO, 1999, p. 346).

Destaca-se que a organização do serviço não pode acontecer em virtude da demanda, pois isso fragiliza o potencial da ESF em atuar de forma antecipada evitando acometimentos. A esse respeito, Schrader *et al* (2012, p. 224) afirmam que:

Apesar da proposta do SUS primar no investimento de ações de prevenção e promoção da saúde, os profissionais ainda atuam sob o enfoque curativo e com atividades fragmentadas, uma vez que as condições de trabalho não propiciam o tempo, o espaço e as circunstâncias necessárias para o desenvolvimento do cuidado integral.

Esse contexto conturbado de processo de trabalho que se organiza prioritariamente a partir da demanda espontânea faz com que sejam relegadas a segundo plano ações fundamentais da ESF. Assim, não são raras as situações em que os enfermeiros não conseguem sair do Centro de Saúde para intervir diretamente na comunidade, conhecer o território onde são produzidos os processos de ser saudável e de adoecer dos sujeitos, seus afetos, seus sentidos de vida, suas relações, sua cultura e seus modos de viver a vida. A visita domiciliar (VD) constitui uma ferramenta estratégica ao possibilitar aos enfermeiros e demais profissionais da equipe conhecer o contexto de vida dos sujeitos para que seu projeto terapêutico seja exequível e coerente com a sua respectiva realidade. De acordo com os depoimentos, é possível perceber que a VD, embora seja de grande importância para se alcançar os objetivos da saúde da família, quando é realizada, potencializa os transtornos causados no centro de saúde haja vista a grande demanda:

(...) A tarde fica eu, um auxiliar de enfermagem e um administrativo que fica na farmácia até três horas e vai embora. Ai, a gente tem que pegar a farmácia também. Por isso, eu diminuí o número de visitas (E5).

Visita domiciliar eu consigo ir em algumas, não consigo ir em todas. Acho que da pra fazer, mas é tudo muito atropelado sabe. Eu vou largar um tanto de coisa aqui pra fazer e vou lá fazer a visita, sempre tem alguma demanda. Aqui não sei se porque o centro de saúde aqui é muito pequeno, só tem duas equipes então acaba que tumultua porque se o enfermeiro não está aqui ai o outro tem que responder pelas duas equipes porque o enfermeiro vira referência nas duas equipes. Então é complicado estabelecer rotina aqui é difícil (E7)

Então nós temos escala, supervisão temos outras questões que tomam muito tempo. Então nós não temos um horário de visita tão intenso, de visita domiciliar quanto o pessoal que é só de saúde da família, igual no interior tem..Porque Belo Horizonte é uma metrópole e realmente é um outro programa (E3).

A visita domiciliar (VD) como prática de saúde da família assume notória importância na literatura (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; BORGES; D'OLIVEIRA, 2011; KEBIAN *et. al*, 2012; MANO, 2009; BRASIL, 1997; PERES, *et. al*, 2006). De acordo com Brasil (1997, p. 144) “a equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco”.

Embora ainda permaneça, em algumas produções científicas, a abordagem limitada da visita domiciliar como estratégia de ‘monitoramento’ (BRASIL, 1997; AZEREDO et. al, 2007) das famílias, destaca-se, neste estudo, seu potencial como tecnologia de intervenção que ultrapassa a esfera de controle das populações. Segundo Kebian *et. al* (2012)

A ESF estabelece a visita domiciliar como instrumento utilizado pelas equipes de saúde da família para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Ainda, visa atender às diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) existente nas comunidades e o cuidado à saúde das famílias (KEBIAN et. al, 2012 p. 93)

Compartilhamos a perspectiva de Peres (2006) a qual afirma ser a VD um locus privilegiado para fortalecimento do vínculo, construção de canais mais efetivos de diálogo entre profissional de saúde e usuário bem como para produção de novos saberes. Além disso, a visita domiciliar visa dar assistência àqueles indivíduos que não tem condições de se deslocarem ao centro de saúde. Negligenciá-la ou preteri-la em nome de outras demandas pode significar uma contradição importante nas práticas de saúde: quem mais precisa não consegue ter acesso por limitações físicas e o serviço mantém oculta essa necessidade já que ela não é capaz de bater à porta do serviço reivindicando seu direito à saúde.

Além da democratização do acesso proporcionada pela VD destaca-se seu potencial de tornar reconhecida a competência profissional do enfermeiro, além de ampliar a visão sobre a comunidade e sua realidade de vida, o que proporciona a construção de planos de cuidado mais efetivos e coerentes:

E eu acho que quando você tem a oportunidade de sair do posto de saúde, ir pra fora, você faz visita, você faz a atividade em lócu na comunidade, você cria espaço, para o atendimento dentro da comunidade, seu trabalho é mais reconhecido, é mais divulgado, e você acaba, também, sendo valorizado profissionalmente. Então, eu entendo que, você, fazendo essas atividades, eu acho que você tem um uma um ganho. E também, quando você é reconhecido, isso é claro, todos nós queremos ser bem tratados, reconhecidos, quando você é bem reconhecido dentro da sua população você sente bem né? Agora quando você é mal visto, mal reconhecido, isso impactua nas suas atividades. Enquanto você faz atividades in loco, você tem a oportunidade, de trocar essa experiência com a pessoa, a pessoa tem mais liberdade, você vai conhecer a área que ela mora, o ambiente dela, que ela vive, o que ela faz e ali você vai ter a oportunidade de organizar o seu trabalho, seja na promoção da saúde, seja na prevenção, seja na orientação, até mesmo pra você atender o paciente você vai conhecer ali como é que é, tudo ali que as pessoas vivenciam o dia a dia. Então, a oportunidade de você

em lóco dentro da sua área de abrangência, conhecendo, ela é muito importante, e o saúde família te proporciona isso, (E2),

A VD é percebida como um importante espaço de reconhecimento e, portanto, de reforço da identidade sendo também reconhecida como um espaço de exercício de autonomia e de concretização de atividades junto à comunidade.

Além disso, a sobrecarga de trabalho limita a realização de atividades privativas do enfermeiro tais como supervisão de enfermagem, elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e treinamento com a equipe de enfermagem e ACS's. Com relação à Consulta de Enfermagem, a mesma é realizada, mas simultaneamente o enfermeiro é solicitado a resolver demandas que surgem no centro de saúde, conforme explicitado por E7:

Supervisão de enfermagem que a gente raramente faz, essa questão de capacitação dos auxiliares de enfermagem e dos ACS que a gente raramente faz, raramente mesmo. Se eu te falar assim que a gente teve um treinamento eu não sei te falar quando foi porque a gente não consegue sentar, não consegue fazer reunião de enfermagem, a gente não consegue definir POP que é uma coisa assim que está aí gritando que precisa acontecer e a gente não consegue sentar e fazer POP. E atendimento de consulta de enfermagem, a gente insiste em atender consulta mas a todo momento tem alguém batendo na sua porta para poder estar resolvendo. Então assim..você está na consulta e está resolvendo demanda de alguém que apareceu (E7)

Ressalta-se que o princípio da universalidade favoreceu? avanços inequívocos nos que se refere à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Entretanto, a forma como tem sido organizados os centros de saúde tem trazido benefícios aos usuários à custa do sofrimento dos trabalhadores de saúde perante a demanda excessiva que se apresenta. Sobre a demanda exorbitante que hoje caracteriza a realidade dos centros de saúde Montenegro (2010, p. 64) afirma que:

Com relação ao excesso de demanda, a mesma tornou-se, hoje, característica marcante do PSF, pois a prioridade é que todos tenham acesso aos serviços de saúde, a partir da atenção primária, para assim garantir o princípio da igualdade nos atendimentos à população.

Assim, o enfermeiro assume, para si, a responsabilidade pela garantia ao usuário do acesso à saúde sem possuir, muitas vezes, respaldo da gestão no que tange aos aspectos organizacionais para que sejam disponibilizadas condições viabilizadoras da universalização.

Esse contexto de imersão dos enfermeiros neste trabalho sobrecarregado faz com que a reflexão sobre sua prática não faça parte de seu processo de trabalho, criando estados de alienação.

O que eu vejo é que os enfermeiros não têm essa visão crítica sabe, não dão conta de ter. Eles estão tão emergidos naquele processo de trabalho ali: chegar, ai tem acolhimento e ter que dar conta daquela demanda, que ele não tem como, não consegue nem pensar no que ele ta fazendo. Muito acrítico, mas é a noção que eu tenho dos meus colegas de trabalho (E7)

Freire (1996, p. 38) afirma que a prática para se constituir como uma práxis precisa ser articulada com a reflexão construindo um movimento cíclico entre “o fazer o pensar sobre o fazer”. A reflexão crítica sobre o próprio fazer possibilita a superação de estados de alienação.

A sobrecarga de trabalho é fruto do acúmulo de normatizações que dificultam a reflexão do enfermeiro sobre sua prática. Observa-se ao longo do tempo que houve um acúmulo de responsabilidades levando o enfermeiro a ser confrontado, por ele mesmo e, a todo o momento, com as dificuldades para a execução das mesmas. Esse contexto traz implicações éticas significativas haja vista a constante necessidade de mediação de conflitos éticos gerados pela estrutura dos serviços que lhe impõe o desafio da superação das fragilidades e lacunas de um sistema de saúde ainda em construção. A situação descrita desencadeia sentimentos de angústia, frustração e impotência.

No cenário descrito cabe ao enfermeiro tomar decisões que envolvem questões éticas sobre o acesso aos serviços de saúde que, de acordo com a legislação, é universal, mas na prática não é viabilizado por questões estruturais. Assim, “as enfermeiras transitam entre as prescrições contraditórias e discordantes dos gestores e da profissão e criaram novos modos de operar” (BERTONICI, 2011, p.83) para tentar conciliar os requisitos formais da política de saúde com os imperativos legais do exercício profissional.

Nesse contexto, o enfermeiro vai delineando seu modo de operar esses conflitos os quais são permeados por relações de poder. A esse respeito, a enfermeira E7 retrata a relação entre normatização, atendimento aos imperativos legais da profissão e estratégias de contra poder como elementos que propiciam rupturas identitária, uma vez que a enfermeira não se reconhece na realização das atividades. Ademais a execução das mesmas se dá de forma mecânica e sem uma reflexão que a sustente e confira significado:

Está vendo? Isso eu preciso de fazer? Preciso de carimbar consulta? Isso é uma coisa aqui que eu brigo todo dia: as meninas marcam consulta, as do administrativo marcam consulta, ele pega a consulta ele vai no sistema ele

joga e ele marca a consulta. Mas para entregar ao paciente eu tenho que carimbar. Qual a diferença que vai fazer meu carimbo lá? Não podia ser o carimbo delas? Elas não marcaram? Eu nem sei por onde passa e eu tenho que meter meu carimbo no negocio! Todo dia de manhã é isso ai oh, você est atendendo consulta, um bate na sua porta abre e "ai, eu preciso que você carimba isso pra mim". Ah, isso me estressa demais, me estressa demais, eu já briguei demais. A gerente que estabeleceu isso e ela me fala que a finalidade é você conferir se o exame que está marcado é certo, e se o paciente que está lá é certo. Mas eu não vou fazer isso com mais de 20 consultas que aparecem na minha mão. Eu vou parar o meu atendimento pára conferir 20 consultas que estão na minha mão? E da mesma forma que ela faz, não confere, assina e entrega. Assim, não tem finalidade nenhuma, nenhuma! (E7).

O poder em Foucault é entendido como uma rede capilarizada e difusa de relações que não possui um centro definido. Encontra-se sem em movimento, circulando entre os sujeitos. Lunardi *et. al* (2001, p. 95) afirmam que o poder normalizador busca controlar o profissional por meio de regras que determinam o “dever-ser ou do modo de ser do trabalhador”. Mas contra este poder normalizador existe a força de resistência expressa pela enfermeira ao afirmar que, embora não tenha governabilidade para se recusar a cumprir a ordem imposta, vai fazê-la sem cumprir com a finalidade da atividade: conferir as consultas marcadas. Então, em um movimento de enfrentamento deste poder normalizador, há o exercício do contra-poder. A esse respeito os referidos autores afirmam ainda que:

O poder normalizador percebido como um exercício de poder sem limites, difuso e não localizado, ocupa o espaço deixado pelas regras do direito, pelas leis. A norma busca normalizar e moralizar ao mesmo tempo. O trabalhador, por sua vez, como exercício de contra-poder, busca o uso das regras do direito, do contra-direito, num enfrentamento do poder normalizador, da norma. Associado, intimamente, à norma encontra-se a punição a quem dela se afaste e se rebele do que nela é preconizado, a quem busque (re)afirmar sua condição de sujeito de direitos. A punição pretende, então, “quebrar a insubmissão”, das forças do trabalhador e, concomitantemente, ao ser exibida aos demais, a eles servir de exemplo, refreando possíveis rebeldias e resistências (LUNARDI *et. al*, 2001, p.95).

Mesmo com padrões de enquadramento e regras a que os enfermeiros são compelidos a submeter-se no cotidiano, são criadas estratégias de resistências para reconstruir seu modo de ser que inevitavelmente vão interferir na dinâmica de sua construção identitária. Montenegro (2010) defende que a construção do modo de ser do enfermeiro envolve atitudes e posicionamentos perante a realidade que exigem uma gestão de si:

O enfermeiro realiza um vasto leque de atividades na atenção primária. Além das questões objetivas observa-se seu envolvimento com as

subjetividades que abarcam o trabalho em saúde. Portanto, ele precisa exercitar, o tempo todo, uma gestão de si, uma gestão que envolve escolhas, valores e tomadas de decisão (MONTENEGRO, 2010, p. 64-65).

As formas identitárias fazem parte da construção subjetiva dos sujeitos e é perpassada por relações de poder inerentes ao cotidiano de trabalho. Os enfrentamentos necessários à superação de possíveis estratégias de assujeitamento e dominação propiciam ao enfermeiro reposicionar-se neste contexto e:

(...) permitir-se ou não pensar/ questionar/ocupar os diferentes espaços de possibilidades que o levariam a resistir, enfrentar e discordar, como expressões de contrapoderes e resistências, conquistando espaço à criatividade e permitindo-se exercer sua autonomia, enquanto sujeito (LUNADI et. al, 2010, p. 95).

O processo formativo e a qualificação profissional contribuem para a (re)construção de subjetividade por meio da reflexão sobre a dinâmica de trabalho. Assim, propicia o desenvolvimento de estratégias de resistência ao poder normalizador e superação de estados de alienação decorrentes de um processo de trabalho marcado por sobrecarga e esgotamento do profissional:

O meu curso de processos de educação em saúde me chamou muito atenção pra isso sabe? Depois que eu fiz esse curso, eu comecei a ampliar horizonte e pensar: gente, mas é isso mesmo que eu estou fazendo uai! Eu estou fazendo o serviço do outro, o meu está ficando pra traz. O meu arquivo rotativo está uma bagunça e eu não estou fazendo busca de faltoso? Ninguém vai fazer isso por mim não, ninguém do centro de saúde vai fazer. Então eu comecei a direcionar mais: não, isso eu não vou fazer, isso aqui eu vou. Então eu vejo que eu já tenho mais resistência a fazer aquilo que eu não acho que e meu. Ambulância, por exemplo, eu conversei e passei pra assistente social. Eu falei assim oh: eu vou fazer agora, mas não sou eu que tem que fazer. Então fui lá conversei com assistente social, fiz uma planilha pra ela, agora você que vai marcar, então agora de ambulância ela que faz. A questão do carimbo eu ainda bato mas eu brigo toda vez! Eles ainda vão me tirar esse carimbo um dia, porque isso não é função minha. Eu ainda vou conseguir que eles me tirem esse carimbo um dia. Mas eu tenho mais clareza de saber qual que é o meu papel, pra onde eu vou direcionar as minhas ações. Mas eu acho que isso tem muito a ver com a formação (E7)

Ao refletir sobre o próprio processo de trabalho o enfermeiro tem condições de filtrar as demandas que lhe competem exclusivamente e aquelas que podem ser compartilhadas com os demais profissionais. Há, dessa forma, um movimento importante de reconhecimento do

enfermeiro sobre seu próprio papel e de defesa de seu fazer específico que expressam sua reconfiguração identitária.

Para compreender o fazer do enfermeiro na saúde da família lhe foi solicitado que falasse sobre seu cotidiano comparando-o aos papéis desempenhados no ambiente hospitalar, haja vista que maior parte dos sujeitos nucleares possui experiência nesse setor. Acreditamos ser mais fácil entender o novo papel proposto pela política de saúde se comparado ao fazer tradicional do enfermeiro historicamente desenvolvido no âmbito hospitalar.

No hospital a coisa é mais organizada sabe? É mais rotineira. Então o doente está lá, na cama, tomou banho, almoça, janta, faz o curativo aquela hora, e tal. Então, na saúde pública, acontecem muitos imprevistos, entendeu? Então, o que chega, é sempre uma coisa diferente que está chegando. Então, dá possibilidade da enfermeira atuar mais. Dá possibilidade do enfermeiro é aprender mais, em termos de assistência à saúde pública. O hospital dá mais prática pra gente nas técnicas né? No uso de tudo de máquina, essas coisas e tal que são importantes. Mas a saúde coletiva por outro lado te faz desenvolver mais a questão do próprio atendimento, dá conversa com o usuário sabe. Te faz ficar mais próximo dele. (E5)

Bom, eu, fazendo um paralelo entre as duas atividades que eu exerço: uma de trabalhar na Rede Hospitalar e a outra na Saúde da Família, acho que a Saúde da Família, ela dá oportunidade, do enfermeiro, de ter um contato melhor com a população, ela abre o espaço para o profissional de enfermagem ter mais liberdade de ação e onde o profissional de enfermagem também tem a possibilidade de troca de experiência do exercício profissional, de um ganho que é estar mais próximo da comunidade, então o ganho é positivo. Quando você trabalha na área hospitalar, o foco já é para o secundário ou terciário, então, você vai ali mais na atividade curativista e o trabalho, também, acaba sendo trabalho de supervisão ou de administração. E na saúde da família, entendo eu, que é a possibilidade profissional de enfermagem, dele crescer mais, desenvolver mais, dele trazer novas práticas do cotidiano e também ele junto a comunidade, ele melhorar o vínculo, não só afetivo que ele acaba criando com essa população toda, né? Porque são anos, muito tempo, no dia a dia com essa população. (E2).

A imprevisibilidade manifesta sobre o trabalho na ESF gera maior desgaste para os enfermeiros criando processos de trabalho marcados por estresse que ultrapassam o cotidiano profissional e alcançam a esfera da vida pessoal. A enfermeira relata que ao chegar do trabalho não consegue se dedicar a nenhuma atividade pessoal antes de descansar, dada a rotina exaustiva do centro de saúde:

Ficar aqui direto é muito estressante, isso para todo pessoal. É notável assim o tanto que interfere quando você fica 8 horas, você chega em casa acabada, você chega em casa e você tem que dormir um pouco pra conseguir fazer outras coisas depois, realmente é muito pesado. A gente fala, eu comparava muito porque eu trabalhava no hospital e trabalhava aqui. No hospital você

tem mais ou menos uma rotina daquilo que você espera, você sabe quantos pacientes você vai ter naquele dia pra poder atender, o que você tem que evoluir, o que você tem que fazer. Aqui é muito imprevisível, você não tem como manter uma rotina, e isso me estressa muito, por exemplo hoje eu vou chegar e vou olhar minha lista de hipertenso porque eu sento lá pra olhar minha lista de hipertenso já batem na minha porta: “Oh, chegou tal paciente, ele tem isso, ele está mais grave e você tem que atender”. Então é muito imprevisível e isso me bagunça muito a minha rotina, eu gosto de coisa mais certa, com mais equilíbrio sabe? (E7)

Na ótica dos enfermeiros, outro aspecto que dificulta, sobremaneira, seu trabalho na saúde da família diz respeito ao pouco envolvimento dos ACS com o serviço, não dando a devida importância ao que precisam realizar.

O ACS perde um pouco do envolvimento dele. Como eles trabalham fora do centro de saúde eu acho que eles não têm muito foco em capacitação, eles são pouco chamados pra capacitação, a gente não faz a capacitação com eles, muitas vezes como deveria ser. Então às vezes ele perde um pouco do andar da carruagem, as vezes a gente anda mais a frente deles. Agora os indicadores, são muitos indicadores pra cumprir, então a gente tem que cobrar mais dele. Então eu tenho que dar conta no fim do mês de quantos cartões de vacina estão em dia na minha equipe de criança e as vezes por mais que eu peça isso pro ACS ele não tem aquela prioridade de buscar o cartão da criança. Ele vai fazer a visita dele e entregar consulta que é o que ele tem que fazer e eles não saem dessa rotina e costumam a incorporar novas demandas. Então acho que o ACS ele é fundamental pra maioria das coisas pra equipe da certo, mas ele é muito pouco valorizado, pouco incorporado na equipe. Ele tem mais dificuldade de enxergar a importância daquilo no contexto da equipe, não sei se pela linguagem que é usada, ou se pela dificuldade deles mesmo, não sei, mas essa questão do ACS me chama muito a atenção (E7)

O que dificulta é, por exemplo, o ACS, não fazer as coisas do jeito que precisa e eu ter que ficar cobrando, sabe. É a própria desorganização do processo mesmo, chega atrasado, falta, entendeu? E não tem aquele compromisso com horário (E5).

As atividades do ACS foram regulamentadas pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), estabelecendo seu papel nos serviços de saúde o qual compreende a conexão entre a comunidade e o sistema de saúde. Por ser membro da comunidade, o ACS possui conhecimento sobre a dinâmica de vida dos sujeitos o que permite a captação da realidade de forma mais precisa e contundente constituindo um elo fundamental entre o serviço e a comunidade (LARA, 2008).

Há que se ressaltar também que o perfil gerencial interfere diretamente na composição do processo de trabalho na saúde da família podendo prejudicar ou beneficiar o andamento

das atividades. Os gerentes são atores sociais que situam-se no “elo dos processos sociais, tecnológicos, culturais, políticos, econômicos e ideológicos que ligam estratégias a operações” (DAVEL; MELO, 2005, p. 30). Os autores acrescentam que o papel do gerente é mediar os interesses da gestão macropolítica dos serviços, dos trabalhadores e dos usuários,

Nesse sentido, o perfil gerencial autoritário engessa o potencial dos trabalhadores que não se sentem motivados a empreenderem grandes esforços em prol da transformação da realidade. O trabalho ganha sentido quando executado com intencionalidade e liberdade de criação. Sem esses elementos, a alienação domina o trabalhador e seu trabalho perde a razão de existir. A respeito do perfil gerencial E7 destaca:

Outra coisa que dificulta é o perfil gerencial que é meio autoritário sabe? Então podava muito a criatividade e a liberdade da gente fazer alguma coisa (E7)

A questão da Equipe de Apoio (EA) merece destaque nesta análise. A equipe de apoio corresponde a uma estratégia implantada pela prefeitura para viabilizar o trabalho do médico na saúde da família. Caracteriza-se pela existência de médicos de apoio para atenderem à demanda espontânea da unidade possibilitando ao médico de saúde da família dedicar-se às atividades específicas de saúde da família.

Os depoimentos dos sujeitos nucleares fazem um apelo sobre a necessidade de haver equipes de apoio para os enfermeiros para que possam realizar suas atribuições no âmbito da ESF. Ao enfermeiro de apoio caberia responsabilizar-se pelas atividades relacionadas ao funcionamento e organização do Centro de Saúde:

Questão de enfermeiro aqui que não tem enfermeiro de apoio que a gente fica responsável pela equipe e pelos setores (E6).

Eu vejo que seria necessário ter um enfermeiro para essas outras funções e para nós termos uma ação mais efetiva na saúde da família nós precisaríamos de alguém que ficasse na supervisão de enfermagem em relação à vacina, em relação até mesmo ao ensino e aprendizado dentro do serviço que nós temos que estar sempre fazendo isso dentro do centro de saúde. Porque isso é necessário, então se nós tivéssemos alguém, outro enfermeiro específico acho que nossa intervenção seria mais efetiva, para aquilo que nós nos propomos, nós iríamos conseguir com maior eficácia (E3).

Eu acho que também falta de recursos humanos, não tem enfermeiro de apoio (E1).

Percebe-se que a implantação de equipes de apoio de enfermeiros para oferecer cobertura à demanda espontânea constituiria uma ferramenta estratégica de gestão organizacional ao viabilizar, minimamente, o equilíbrio nos atendimentos do enfermeiro entre a demanda espontânea e as atividades da saúde da família. A equipe de apoio seria responsável pela realização do acolhimento e classificação de risco bem como daria suporte para a realização de curativos, vacinas e outras demandas do centro de saúde. Assim, os enfermeiros de saúde da família teriam condições de desempenhar, de fato, as atividades que estão previstas pela PNAB.

Aspectos relacionados à remuneração emergem nos depoimentos dos enfermeiros, os quais mencionam que os salários não são justos, se comparados com a gama de atividades que desempenham na saúde da família. Tais atividades extrapolam a própria atuação em saúde da família alcançando a algumas demandas de funcionamento do centro de saúde sem que haja nenhum tipo de retorno financeiro. Nessa perspectiva alguns membros da equipe médica questionam o salário do enfermeiro:

A gente trabalha muito mais que o médico, inclusive eu já tive vários colegas médicos, trabalharam comigo em equipe e falaram assim: "Gente o salário de vocês devia ser igual ao nosso! Toda a organização da equipe, tudo são vocês, eu não sou nada sem vocês", Vários colegas já falaram isso, que a gente até deveria ganhar mais, por que toda a organização deste processo é da gente, a gente é que faz (E1).

Eu acho que não é só você falar de trabalho e assistência e você também não ter uma remuneração adequada. O que acontece quando você tem uma remuneração baixa, você está perdendo hoje os grandes profissionais, os cabeça, aqueles profissionais que estão contribuindo para o serviço, eles estão hoje migrando tudo para o sistema privado. Hoje, não vou citar nome do sistema privado, nem fazer propaganda, mais o sistema privado hoje, está abarcando esses grande profissionais, levando para ele e eles estão montando a sua própria rede prevenção. Porque o sistema privado já viu que no plano de saúde se ele trabalhar prevenção ele vai ficar mais barato ainda o plano, vai ter mais gente, mais ele vai trabalhar prevenção e conseqüentemente ele vai ganhar mais dinheiro que ele vai gastar muito menos dentro de hospital. Então, o sistema privado já está fazendo isso. Então, o que ele faz, ele está retirando os profissionais qualificados, os que poderiam está somando, crescendo, desenvolvendo projetos, tão levando tudo pra rede privada. Então, a questão não está só no material e no recurso humano, é preciso também fortalecer, melhorar, também, a rentabilidade, também, do enfermeiro como profissional. (E2).

A fragilidade de mobilização da categoria na luta por salários dignos e condições de trabalho adequadas potencializa a situação de desvalorização e fortalece os “estados de dominação” (FOUCAULT, 2010) a que estão submetidos, historicamente, os enfermeiros. Os

estados de dominação são caracterizados pela cristalização das relações de poder, havendo um bloqueio nas relações que migram do estado de fluidez e mobilidade para uma condição de imobilidade e fixação. Para Foucault (2010, p. 266) um estado de dominação se estabelece quando um “indivíduo ou um grupo social chega a bloquear um campo de relações de poder, a torná-las imóveis e fixas e a impedir qualquer reversibilidade do movimento – por instrumentos que tanto podem ser econômicos quanto políticos ou militares”. Essa situação pode ser percebida no depoimento de E1:

Eu acho que o pessoal nem tem um movimento em relação a isso. A gente chora chora, pede pede mas acho que não tem nada realmente organizado para ter essa valorização e também vai do movimento de procura e demanda. Porque tem muito enfermeiro no mercado. Então quer dizer a própria quantidade às vezes não ajuda também. Não quero nem saber! Você sai tem outro, não quer ficar tem outro. Médico já não é assim, ele tem um aumento diferenciado porque já é mais escasso. Então a lei da procura e da oferta então eu acho que nosso salário realmente não tem muita perspectiva não por causa desse tanto de gente. Você vê, um quinto dos auxiliares já estão já tão enfermeiros, por exemplo a gente tem aqui no início do ano a gente tava com dois auxiliares enfermeiros a gente está com uma agora, são enfermeiros e trabalham como auxiliar.(E1)

Estudo realizado por Schrader *et. al* (2012, p. 224) em Pelotas (RS) revelam igual descontentamento dos enfermeiros da ESF para com os salários que lhes são designados. Afirmam que “a remuneração dos profissionais da enfermagem tem sido descrita como insuficiente, principalmente frente às responsabilidades assumidas”.

No que concerne aos aspectos facilitadores do trabalho na ESF, destaca-se a experiência na área hospitalar haja vista que na saúde da família é preciso mobilizar conhecimentos sobre atendimento às urgências para responder às demandas que surgem na atenção primária:

Minha formação ajuda muito, por eu ter uma formação hospitalar ajuda muito e hoje no centro de saúde nos recebemos muito agudo, muito mesmo! Eles vêm primeiro para o centro de saúde, nos que encaminhamos para a UPA. Aqui nós temos uma área de violência, porque nos trabalhamos na área de aglomerado. Então temos esse problema de droga, de violência, então às vezes chega paciente aqui com ferimento de arma branca, então se a gente não tem essa experiência prejudica um pouco. Então essa experiência na área hospitalar pra mim foi muito boa. Apesar que nós já tivemos treinamento de urgência pela prefeitura, ela deu esse treinamento de urgência e foi um treinamento muito bom, mas como você não lida com aquilo todos os dias, então o pessoal só teve um treinamento e esporadicamente tem por exemplo, um paciente que chega aqui, porque a maioria vai direto pro pronto socorro, a policia leva, mas ainda acontece casos então eu acho que essa experiência ajuda muito (E3)

A multiplicidade de atendimentos que o centro de saúde recebe é resultado da inserção do serviço de saúde nas proximidades da comunidade. Essa realidade confere complexidade à sua dinâmica e faz com que o centro de saúde seja referência na comunidade recebendo casos caracterizados como urgência e que somente após serem estabilizados na unidade, serão encaminhados para serviços de atendimento à urgência e emergência.

Relevância é dada pelos sujeitos nucleares ao vínculo com a comunidade o qual é considerado como expressão de reconhecimento profissional do enfermeiro:

Eu acho que o vínculo com os pacientes, a proximidade deles com você de estarem vendo, te procurando, esse vínculo é o principal, é o que eu vejo de mais importante porque eles já se referem sabe, eles já procuram a equipe, já procuram o enfermeiro. Primeiro eles procuram o enfermeiro antes de procurar o médico. Então eu acho que o aspecto mais importante é esse vínculo com a população que ajuda muito (E3)

O vínculo com a comunidade ajuda muito. Quando a gente tem vínculo é muito bom, é até muito gratificante para a gente eu acho que o principal mesmo é esse vínculo que a gente cria com a comunidade. Inclusive eu já tive casos do paciente preferir a minha agenda, a minha consulta de enfermagem do que a do médico. Não por que o médico não é bom, mas é o vínculo, entendeu? O médico excelente, também, muito bom e tudo, mas é por causa do vínculo então isso acontece (E1).

O depoimento de E1 expressa o vínculo como possibilidade de o enfermeiro da ESF se repositivar no contexto das práticas de saúde, tendo em vista o reconhecimento da comunidade de seu papel e competência profissional conferindo-lhe maior visibilidade e status, revelando aspectos importantes de sua dinâmica identitária no contexto da ESF.

Outros aspectos mencionados como facilitadores do trabalho do enfermeiro referem-se ao fato de o trabalho ser realizado em uma área adscrita que permite conhecer a dinâmica das famílias além do trabalho em equipe e ao comprometimento dos trabalhadores, conforme exemplificado:

Primeiro essa territorialização, você tem uma área delimitada que você trabalha que você conhece as famílias, você tem os agentes comunitários, os treinamentos, as reuniões, as interações com outros saberes. Então isso contribui para maior capacidade de resolução da gente na saúde da família (E4).

Agora tem assim a questão de eu já estar trabalhando aqui há quatro anos e meio eu já conheço bem a população entendeu? Eu já tenho um contato grande com a população. A minha equipe é muito assim, é muito empenhada, no trabalho, tem assim a gente vê que a maioria das pessoas,

nem todas, mas a maioria da equipe tem um comprometimento com o trabalho. Eu acho que as maiores facilidades são essas (E6)

Para o enfermeiro é conhecer mesmo a população com a comunidade que a gente trabalha, a necessidade da população, o meio que eles vivem, como eles pensam o que é saúde e o que não é, é doença, e o que eles trazem como necessidade mesmo, a gente conhecendo essa realidade deles, no território onde a gente trabalha (E1)

Nos depoimentos dos enfermeiros o trabalho em equipe aparece com elemento fundamental para sua atuação na ESF. A construção de uma equipe coesa, trabalhando em sintonia constitui aspecto facilitador do trabalho. Na perspectiva de mudança do modelo assistencial, o trabalho em equipe se aproxima da dimensão prescrita ao possibilitar novas formas de interação entre os profissionais, orientadas pela horizontalidade e valorização dos diferentes saberes:

O que a gente conseguiu em termos de trabalho em equipe porque realmente nós conseguimos fazer um trabalho em equipe. Só na nossa equipe, tem dez anos já né? Dez anos trabalhando na mesma equipe. Só mudou o agente comunitário, que saíram dois, entraram dois. A gente faz questão de reunir toda semana, para estar discutindo. Esse espírito de equipe que a gente conseguiu construir é fundamental na saúde da família (E5).

Outra coisa que ajuda acho é a equipe ajuda muito também. A equipe aqui é muito unida, muito solidária. Com algumas exceções mas a gente conseguiu fazer um trabalho legal por causa da equipe que tem aqui (E7).

Eu acho que quando você tem uma equipe boa, que te ouve, que discute caso, que tenta resolver com você isso ajuda muito. Você tem alguém pra te ouvir. Não chega já te falando: não! Mas te ouve e tenta ver o que da pra fazer. A equipe aqui no geral é boa (E1).

O trabalho em equipe é, portanto, reconhecido como dispositivo diferencial para a ESF, haja vista que a complexidade de se atuar dentro da comunidade exige a intervenção coletiva de todos os profissionais responsáveis por determinado território.

4.1.2 Identidade Social Real

*Eu não sei na verdade quem eu sou,
Já tentei calcular o meu valor
(O Teatro Mágico)*

Neste tópico será abordada a identidade social real dos enfermeiros de saúde da família, ou seja, aquela que explicita a própria visão que este profissional tem de si mesmo e o sentido que atribui às interações sociais que estabelece. Os elementos referentes às esferas pessoal e profissional são indissociáveis e constituem aspectos identitários do enfermeiro de saúde da família os quais revelam sua importância (BRITO, 2004).

Dubar (2005) denomina de identidade social real aquela que é constituída pela articulação dos atributos pessoais dos sujeitos os quais são reconhecidos por eles mesmos, a partir da percepção que têm de suas relações.

A análise da identidade social real dos enfermeiros da ESF permitiu identificar aspectos relacionados às singularidades deste grupo profissional. Assim, alguns depoimentos evidenciaram a centralidade do trabalho na sociedade contemporânea.

Os enfermeiros enfatizaram sua vida profissional por meio de identificação com o trabalho na saúde da família, revelando uma autoimagem positiva. A esse respeito, Dubar (2005) afirma que:

A dimensão profissional das identidades adquire uma importância particular. Porque se tornou um elemento raro, o emprego condiciona a construção das identidades sociais; porque conhece mutações impressionantes, o trabalho obriga a transformações identitárias delicadas; porque acompanha cada vez mais frequentemente as evoluções do trabalho e do emprego, a formação intervém nestes domínios identitários muito para além do período escolar. (DUBAR, 2005, p.26)

Essa intercessão da vida profissional com a vida pessoal pode ser explicada pelo fato de no mundo contemporâneo a atividade profissional ir além de uma forma de ganhar a vida, constituindo, ao contrário, importante estratégia de inserção social na qual estão implicados aspectos físicos espirituais e emocionais (LUNARDI *et. al*, 2001).

O trabalho aparece, então, como um operador fundamental na própria construção do sujeito, revelando-se, também, como um mediador privilegiado, senão único, entre inconsciente e campo social e entre ordem singular e ordem coletiva. Não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, mas, também, um espaço de construção do sentido e significado e, desse modo, de conquista de identidade, da continuidade e historicização do sujeito (LUNARDI *et al*, 2001, p.92).

Nesse sentido, “o trabalho está se tornando o centro da vida de uma forma dominante, o que dificulta a conciliação com as demais dimensões da vida e suas respectivas atividades” (MEDEIROS, *et. al* 2006, p. 237-238).

Segundo Montenegro (2010, p. 62) “a trajetória profissional pode ser entendida como as múltiplas experiências no trabalho, envolvendo as relações pessoais, comportamentais e os sentimentos que permeiam o cotidiano das atividades”. A apresentação dos enfermeiros tendo como referência a atividade profissional reforça o trabalho como elemento constituinte do sujeito na sociedade atual, de acordo com Assad e Vianna (2005):

Entender o trabalho como fonte de formação é compreendê-lo como parte da vida do ser humano e como estrutura que influencia a composição do ser, no plano individual, assim como o núcleo familiar, a escola ou outras instituições que venham a fazer parte de sua vida. A formação é um processo amplo e não se limita a simples desenvolvimento de aptidões e faculdades, mas tem uma amplitude que se refere a um processo de construção e realização de um Eu em ascensão, esforçado em adquirir consciência do mundo e apreendê-lo em sua essência (ASSAD; VIANA, 2005, p. 587).

Ressalta-se que a perspectiva sociológica de Dubar (1997) defende que as esferas profissional e formativa têm assumido especial importância na construção das categorias sociais. Isto porque o trabalho ganha centralidade no mundo contemporâneo de tal modo que a formação associada ao exercício profissional e o emprego são elementos fundamentais no processo identitário (BRITO, 2004).

Para Dubar (2005) são inúmeras as possibilidades identitárias de um indivíduo. Tais formas identitárias se constroem desde a infância e atravessam todas as etapas da trajetória de vida dos sujeitos sendo marcadas por continuidades e rupturas. A esse respeito, o autor salienta que no processo de profissionalização se encontra o celeiro da constituição identitária uma vez que “a confrontação com o mercado de trabalho constitui atualmente um momento essencial na construção da identidade autônoma” (DUBAR, 2005, p.148). A partir daí ocorre a “identificação por outrem das suas competências, de seu status e de sua carreira possível quanto a construção por si de seus projetos e de suas aspirações e de sua identidade possível”.

Os enfermeiros apontam características e competências que consideram indispensáveis para a sua atuação na ESF e as reconhecem como pertencentes ao cotidiano de trabalho na ESF.

A medida que você vai atuando na comunidade você vai desenvolvendo essas capacidades: capacidade de política, de cidadão, que tem que lidar com a intersectorialidade, então são essas questões mesmo (E4)

Eu acho que ele tem que ser muito ativo, entendeu, tem que perceber o que o outro está falando, tem que ter um atendimento muito humanizado, todo setor tem que ser humanizado, mas eu acho que aqui ainda é um pouco mais, e tem que ter essa percepção. (E1).

Conforme descrito por E4 e E1 o enfermeiro mobiliza competências diferenciadas na ESF, caracterizando um perfil abrangente que contempla habilidades técnicas e relacionais, dinamismo, sensibilidade e competência política:

Eu acho que você tem que ter um perfil muito abrangente porque além de você ter que lidar com questões técnicas mesmo você tem que lidar com muitas questões sociais (E7).

Salienta-se a identificação com a profissão expressa por E5, ao afirmar que é enfermeira, que ama a profissão e, sobretudo, que se identifica com a essência do trabalho que realiza: o cuidar.

Eu sou E5, tenho sessenta e um anos, tenho uma filha, de vinte e dois anos, sou enfermeira desde setenta e sete e uma coisa que eu amo fazer: cuidar! Tenho uma família maravilhosa, tenho três irmãos, meu pai e minha mãe e tenho três sobrinhos maravilhosos (E5).

Cabe chamar a atenção para os laços afetivos e ideológicos que aproximam a realidade objetiva do trabalho e a realidade subjetiva do enfermeiro, traduzida em suas afeições, valores e interesses construídos em processos anteriores de socialização.

Também merece destaque o depoimento de E3 ao fazer um resgate de sua trajetória de vida se reportando à época em que fez sua escolha profissional. E3 expressa, ainda, as dificuldades advindas desta escolha em meio aos imperativos simbólicos de submissão que a enfermagem carrega.

Na época que eu fiz enfermagem minha mãe teve até problema de saúde porque ela não queria que eu fosse enfermeira, eu tinha tios médicos, donos de hospitais, mas a enfermagem era uma profissão promissora. Na época nós tínhamos isonomia salarial, ganhávamos a mesma coisa que os médicos e depois muita coisa foi se perdendo pela própria atuação dos enfermeiros que não continuaram muito as lutas nesse sentido. Uns lutam outros não e também não só esse processo. Eu vejo também como a questão do poder, o poder médico na mão de deputados. Então eles assim conseguem muito mais coisas que os enfermeiros. Nós perdemos muitas coisas em função do poder mesmo eu acho que os médicos tem é mais que conquistar o que conquistaram pois eles lutaram para isso. A enfermagem ficou a parte um pouco por culpa dela, um pouco pela questão do poder político mesmo de leis. Mas eu gosto muito do que eu faço, nunca busquei outra coisa não (E3).

Observa-se que E3 aponta dificuldades decorrentes de sua escolha, o enfrentamento de desafios e refere-se à medicina para fazer a crítica à enfermagem, reconhecida como uma

profissão fragilizada com o tempo. Contudo, ao término do depoimento reafirma sua escolha e resgata sua identidade profissional.

Além disso, foram manifestas, pelos sujeitos nucleares, questões referentes à vida privada, tendo sido reveladas características de sua vida particular e doméstica, sobretudo, às relacionadas à vida familiar.

Sou solteira, moro com meus irmãos, sou musicista, sou enfermeira e gosto muito de esporte. Toco clarinete, cantava, mas agora só toco (E7).

Meu nome é E3, sou enfermeira, casada, tenho dois filhos e uma neta que é a paixão da minha vida. Gosto muito de ler, gosto de me atualizar (E3)

Também merecem destaque aspectos da identidade biográfica expressos pelos enfermeiros. Segundo Ésther (2007) a identidade biográfica corresponde à exposição que a pessoa faz de si própria para revelar sua definição de si sendo autora e protagonista de sua própria descrição. A identidade biográfica é definida por Dubar (1997, p.118) como:

Uma construção no tempo pelos indivíduos de identidades sociais e profissionais a partir das categorias oferecidas pelas instituições sucessivas (família, escola, mercado de trabalho, empresa...) e consideradas, simultaneamente, como acessíveis e valorizantes (transação subjetiva).

Lunardi *et al* (2001) discutem a relação do trabalho com o processo de produção de subjetividade no mundo capitalista. Para os autores subjetividade se relaciona aos comportamentos, emoções, sentimentos, percepções, relações sociais entre outros aspectos que, em conjunto, integram o processo de construção do sujeito.

Os autores defendem, ainda, que a subjetivação ocorre no campo dos registros sociais dela fazendo parte as relações familiares, a socialização escolar e as vivências no ambiente doméstico e privado:

O processo de trabalho é o canal, através do qual os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e significado do trabalho construídos, em sua vida. (LUNARDI et al, 2001, p.92).

A questão do significado e da intencionalidade pertencem, “aos atos, às relações e às estruturas sociais” correspondendo aos mais profundos patamares das relações sociais (MINAYO, p. 10). A autora afirma, ainda, que “o significado é o conceito central para a

análise sociológica”. Parte-se do reconhecimento de que a subjetividade sustenta o sentido, constitui o social sendo também necessária para o entendimento da dimensão objetiva.

Com relação ao significado de ser enfermeiro de saúde da família E3 afirma que:

Eu acho que o nosso papel principal é justamente de estar inculcando no paciente ou ajudando ele a ver a necessidade do seu auto cuidado. E dentro da saúde da família é onde nós mais conseguimos isso. Apesar de que nós temos muitas outras atividades dentro do centro de saúde, nós não somos exclusivos como os enfermeiros do interior, de saúde da família, que trabalham só com isso, porque nós não temos enfermeiras de apoio aqui no centro de saúde. Mas o que eu me vejo é assim de estar realmente promovendo a saúde através dele também no seu auto cuidado, dele estar descobrindo isso (E3).

Considerando o exposto, percebe-se por meio do depoimento de E3 que o significado de ser enfermeiro de saúde da família se mistura ao próprio sentido da ESF no que se refere ao foco no cuidado dos indivíduos e comunidades que, a partir de sua emancipação como sujeitos, alcançam cada vez mais autonomia nos modos de andar a vida.

Além disso, outro significado atribuído pelos enfermeiros no trabalho realizado na ESF está relacionado à possibilidade de intervenção na comunidade por meio de ações que foram pensadas e organizadas previamente. Significa atribuir sentido ao trabalho por participar do processo reflexivo de planejamento e de sua execução, gerando sentimentos de gratificação, satisfação e reforço da auto-estima. Assim, a identidade do enfermeiro é reafirmada fortalecendo o grupo profissional no contexto da ESF.

Eu acho que é gratificante porque você tem essa oportunidade toda, de trabalho, de execução, de planejamento, de organização. Eu acho que quando você trabalha em uma comunidade você envolve isso tudo, e você colhe frutos (E2).

A esse respeito, ressalta-se o depoimento de E4 ao se referir ao significado do trabalho do enfermeiro na ESF, reafirmando o papel do enfermeiro como “autoridade sanitária”:

Eu diria que é ser capaz de trabalhar a promoção e a prevenção de doenças e o agravamento das mesmas quando já está avançando o tempo. E uma autoridade sanitária mesmo deste território (E4).

A despeito da auto imagem positiva manifesta e do reconhecimento da relevância do papel do enfermeiro no contexto da ESF percebe-se que o cotidiano de trabalho marcado por sobrecarga, excesso de atribuições e cobranças. Assim, o significado de trabalhar na ESF para E7 se resume à palavra estresse:

Estresse! Ser enfermeira de saúde da família é muito sobrecarregado. Você é cobrado de muitas coisas que muitas vezes nem é aquilo que é papel do enfermeiro, que está descrito como papel do enfermeiro. Então você acaba assumindo coisas fora daquilo que você foi contratado para poder fazer. Então ser enfermeira de saúde da família, a palavra que define é: estressante, é sobrecarregado, é pesado! Você vira referência para todo mundo da sua equipe, para o auxiliar, para o agente comunitário e até mesmo para o médico. Tudo é muito centralizado no enfermeiro (E7).

Assim, para E7, ser enfermeiro de saúde da família implica reconhecer a impossibilidade de solucionar todos os problemas da equipe. De forma ambígua, significa a percepção de mudanças e avanços que geram sentimentos de satisfação com o trabalho e com o potencial de transformação que sua ação profissional pode gerar.

Eu acho que ser enfermeiro do PSF é assim: às vezes a gente tem umas questões que a gente não consegue desembolar, às vezes, a gente vê um muro na nossa frente que a gente não consegue transpassar. Mas tem vezes que é muito gratificante, porque você vê coisas que a gente não mudaria assim tão fácil e que a gente vê mudando. Então eu gosto de ver, de enxergar essa mudança (E6).

A satisfação experimentada pelo enfermeiro ao visualizar transformações advindas do seu trabalho está relacionada à capacidade do ser humano em “reconhecer-se nos produtos que cria. Ao transformar a natureza, reconhece a sua própria natureza e, dessa forma, toma consciência de si como ser no mundo, transformando-se a si mesmo, valorizando-se como ser humano” (AZAMBUJA *et. al.*, 2007, p. 73)

Importante notar que o sentimento de satisfação não minimiza ou obscurece a falta de reconhecimento profissional expresso pelos baixos salários pagos ao enfermeiro da ESF:

E a valorização eu acho que nós não somos valorizados o tanto que a gente é exigido. Então poderia haver uma mudança nesse sentido (E6).

Outro aspecto que confere significado ao trabalho do enfermeiro é sua atuação na coordenação da ESF embora a referida coordenação não seja atribuição específica deste profissional:

Na realidade, não existe um coordenador na equipe. Mas acaba que o enfermeiro tem que fazer esse papel. Porque é do enfermeiro que é cobrado pelo andamento das coisas (E5).

Merece destaque no cotidiano do enfermeiro o desenvolvimento de maior autonomia na realização de suas atividades, conferindo significado ao seu trabalho, reforçando sua autoimagem positiva e satisfação profissional. A expressão da autonomia, segundo Brito (2004) está relacionada à tomada de decisão. Dado que a maior parte dos enfermeiros atuaram na área hospitalar antes assumirem a saúde da família, a sua autonomia é abordada na forma de contraponto, conforme exemplificado:

Na saúde da família, a autonomia é muito maior, a gente pode fazer muito mais do que no hospital. No hospital eu acho muito limitada (E1).

A autonomia na saúde pública é muito maior, porque a gente segue alguns programas e dependendo dos programas você resolve muitas coisas tanto na saúde quanto na doença do sujeito. É baseado nos programas que são criados pelo ministério da saúde e aprovados ou não pela secretaria. Então a gente tem nossa atuação, a resolutividade é bem maior (E4)

Há uma dicotomia enorme: a autonomia do enfermeiro é muito maior no centro de saúde, isso é muito perceptível, você tem muito mais autonomia. E tem o trabalho em equipe, eu acho que isso passa muito junto porque dentro do hospital o cuidado é muito centrado no médico, passa muito no médico. Então para você fazer qualquer coisa para o paciente, para fazer qualquer abordagem na maioria das vezes, você tem que ter uma aprovação do médico até mesmo na questão de prescrição, de evolução no prontuário. Às vezes tem coisas que, por exemplo, a questão de contenção do paciente, é um problema que está diretamente relacionado com a enfermagem, principalmente à noite, porque você tem um número reduzido de funcionários, você não tem um funcionário que vai ficar lá o tempo inteiro olhando o paciente para evitar dele cair. Então quase toda noite a gente tinha que fazer contenção de algum paciente lá e apesar de ser um cuidado totalmente da enfermagem a gente tinha que ter a autorização do médico e nem sempre ele autorizava, entendeu? Então a enfermagem que tinha que se a ver com paciente que podia cair, tinha que se a ver a escala de profissionais reduzida e o médico nem sempre tem essa visão de cooperação. No centro de saúde já é bem diferente, por exemplo, eu tenho autonomia de atender uma puericultura, eu vou atendo minha puericultura que está dentro do meu protocolo. Se eu tenho alguma dúvida, qualquer dúvida dentro disso, eu vou na sala da medica e falo: “Dá uma olhada no ouvido pra mim? Estou achando que está inflamado”. Ela sai de lá, corre aqui, olha para mim:

“Realmente está inflamado, manda passar lá que eu passo o remédio do ouvido”. Essa questão de trabalho em equipe funciona bem (E7)

Mas, a autonomia, a gente tem autonomia total de às vezes ajudar por exemplo, autonomia total de resolver, de decidir, de mudar, né?. Isso é uma coisa que facilita, também a autonomia (E5).

O sentir-se autônomo se expressa quando o enfermeiro consegue promover mudanças por meio de sua intervenção, sendo considerada como parte do processo de autovalorização dos sujeitos, de sua construção como ser e de sua reconfiguração identitária (BRITO, 2004). A autonomia na saúde da família proporciona emancipação profissional e valorização do enfermeiro e sua ausência gera sensação de angústia:

E essa autonomia faz muita diferença, esse avanço de autonomia na saúde da família. Nossa, eu acho que faz total diferença no meu trabalho! Uma coisa que me angustiava muito no hospital era essa questão da gente não ter autonomia de fazer nada, às vezes a gente suspeitava que uma mulher estava grávida assim e não podia fazer nada! Aqui no centro de saúde você já pede o beta HCG e pronto já resolveu o problema dela naquele momento. E no hospital não: você vai ligar para o médico e o médico vai ver se ele quer, se ele vai fazer outra anamnese, porque para ele, às vezes, aquilo que você falou não tem tanto valor né? Ele vai avaliar com o conhecimento dele. Mas essa questão de autonomia eu acho que valoriza muito o profissional não só dentro da equipe, você assume um papel equivalente ao do médico ali né? Um papel tão importante quanto, às vezes até mais importante porque você às vezes é muito mais referenciado dentro da equipe do que o médico. E por essa questão de se apropriar mesmo do que é papel dele [do enfermeiro] né? Estar mais consciente que é profissão independente, não depende de ninguém pra poder fazer aquilo que é da enfermagem. Se o médico não tiver aqui eu vou atender do mesmo jeito entendeu? Eu não dependendo dele pra poder atender. Eu acho que vai por aí, por exemplo, o hipertenso não fica sem atendimento porque o medico não está aí, ele vai ficar sem prescrição, porque eu não posso fazer prescrição. Mas ele vai ter atendimento, eu vou solicitar os exames dele, eu vou fazer o controle dele. Assim, o atendimento dele, o cuidado dele vai ser mantido porque o enfermeiro assume esse papel dentro da equipe (E7).

Moya *et. al* (2010) fazem um resgate histórico sobre o processo de profissionalização da enfermagem e destacam que antes da industrialização e da institucionalização da assistência no cenário hospitalar, os enfermeiros constituíam uma força curativa autônoma e essencial para a manutenção e recuperação da saúde das comunidades. Afirmam que: “Pode afirmar-se, portanto, que as primeiras enfermeiras que trabalhavam na comunidade e nos domicílios eram muitos mais autônomas que as que trabalham nos hospitais na atualidade” (MOYA *et. al*, 2010, p. 610).

Importa salientar que E7 relaciona sua autonomia ao fato de assumir um papel “equivalente ao do médico”. Tal afirmação remete à reflexão sobre a desvalorização e a falta de reconhecimento que o próprio enfermeiro manifesta em relação à sua profissão. Essa situação reflete fragilidade na identidade profissional do enfermeiro.

Apesar da identificação de fragilidades ou até mesmo de rupturas identitárias (BRITO, 2004), nos depoimentos de alguns enfermeiros, a presente investigação sugere que o trabalho na ESF e, especificamente, as atribuições dos enfermeiros culminam com um movimento de resgate de sua autonomia. Há que se ressaltar que mesmo distante do prescrito, a ESF trouxe avanços no processo de retomada e reconstrução de referências de autonomia no campo de ação do enfermeiro. Destaca-se que quão mais próximo à dimensão real da dimensão prescrita, no que tange a consolidação da ESF, mais autonomia pode ser conquistada permitindo ao enfermeiro vislumbrar novas modulações e relações de poder que possibilitariam a superação de estados de dominação a que a categoria tem se sujeitado historicamente.

Assim, considerando a inserção do enfermeiro na ESF é possível perceber um movimento de construção de uma nova conformação social da profissão de enfermagem, repercutindo positivamente na imagem profissional e social do enfermeiro e, conseqüentemente, na sua configuração identitária. Há uma ressignificação do papel histórico que a enfermagem assumiu nas instituições de saúde marcando a transição de uma condição de submissão e inferioridade para um patamar de valorização, autonomia e emancipação profissional. Este novo patamar revela as novas formas identitárias dos enfermeiros na ESF.

Também chamou a atenção a identificação de alguns enfermeiros com a profissão, expressa por E6 como: “eu gosto de ser enfermeiro”. Tal expressão reafirma sua identidade social com valores positivos.

Eu falo para minha mãe, que eu sou uma pessoa muito abençoada, porque eu passei no primeiro vestibular. A gente fica em uma dúvida quando a gente é jovem né? O que a gente vai fazer e eu tinha a mesma dúvida que todo mundo tem, que todo mundo tinha e tem. Mas eu gosto muito do que eu faço. Outro dia eu estava falando que dei graças a Deus que eu não fiz outra coisa porque eu gosto muito do que eu faço. Às vezes eu penso em fazer concurso aí eu penso: gente, mas se eu passar em concurso pra outra área eu vou ter que abandonar a minha profissão e para mim vai ser muito dolorido (E6).

Percebe-se que a identificação com a profissão manifesta pela enfermeira revela laços ideológicos (PAGÉS, 1987) com o papel desempenhado pelo enfermeiro na ESF. Acreditar

em um projeto gera mobilização interior que conduz à superação de dificuldade no trabalho cotidiano.

Eu entendo que é difícil. O que eu posso falar, como profissional, que eu me sinto, assim, feliz de estar desenvolvendo minhas atividades dentro da saúde da família. Eu acredito nesse projeto, nesse trabalho de saúde da família. Eu acho que ele é um ganho enorme para nós profissionais (E2).

Eu combino com a profissão. Eu não gostaria de ser médica ou outra profissão. Eu gosto das atividades do enfermeiro, desde que a gente tenha jeito para fazer bem feito e tal. Mas eu realmente eu gosto das atividades, então não queria fazer outra coisa não (E1).

E aqui no trabalho, eu gosto tanto de trabalhar como enfermeira da saúde da família. Aqui nesse lugar que eu estou aqui tem 28 anos. Estou aqui tem 28 anos! (E5)

Eu acho que no meu eu, eu gosto muito do que eu faço. Eu não sou eu não venho pra cá angustiada porque eu estou indo trabalhar no centro de saúde. eu venho pra cá disposta, eu gosto muito do que eu faço. Eu acho que essa a minha maior facilidade (E6).

O sentimento de ser enfermeiro de saúde da família transita entre dois pólos: o prazer e o sofrimento. O prazer está relacionado aos novos horizontes de intervenção que a ESF proporcionou ao enfermeiro ampliando sua autonomia e a capacidade de apreender a realidade na qual trabalha. Em contrapartida, o sofrimento é decorrente da sensação de impotência perante as demandas da ESF. Dessa forma, sentem-se, muitas vezes, incapazes de intervir nas necessidades por eles identificadas, gerando-lhes angústia e sofrimento:

Olha, se eu fosse resumir em duas palavras: é prazeroso e pesado. É prazeroso e pesado. Porque, ao mesmo tempo em que você às vezes, que amplia os seus olhos para fazer as coisas, você às vezes não tem condição de fazer porque você está de mãos amarradas, entendeu? (E5)

E isso acaba angustiando muito porque a gente às vezes não consegue dar uma resposta no tempo que a gente espera. É uma resposta mais demorada, que exige elaboração não só do enfermeiro, mas elaboração da equipe e as vezes nem toda a equipe tem interesse em resolver. Você depende muito do outro então é um trabalho muito sobrecarregado e muita das vezes angustiante porque você é muito demandado, você é muito cobrado, não só em termo dos profissionais que trabalham com você mas também com a população que a todo momento está batendo na porta e quer ser atendida e está cobrando alguma coisa, né? (E7)

A ambigüidade de sentimentos expressa por E5 e E7 está relacionada a questões que extrapolam suas possibilidades e competências profissionais e, ainda, a necessidade de dar respostas à equipe e aos usuários. Ação se traduz em sentimentos de incompetência, conforme descrito por E4:

Eu gosto da minha função, acho que eu não estou totalmente competente para as coisas que me competem como enfermeiro da família, mas eu me sinto realizada. (E4)

Também são expressos laços afetivos (PAGÉS, 1987) com a profissão que impulsionam os enfermeiros a permanecerem na enfermagem apesar de todas as dificuldades. Contudo, observou-se sentimentos de desilusão e de tristeza, sobretudo, por reconhecer a limitação física que muitas vezes impossibilita a atuação em ambiente de tamanha sobrecarga de trabalho como a ESF:

Mas eu amo o que eu faço e, às vezes, eu tenho um pouco de desilusão com a profissão. Mas no dia seguinte estou com a esperança de novo, tá? Então eu fico triste de ver que meu físico não está aguentando mais, mas mesmo assim, minha cabeça, dentro de mim, eu tenho vigor de como se eu tivesse começando agora (E5).

A análise da identidade biográfica contempla também os aspectos relacionados ao processo formativo dos enfermeiros. A formação profissional constitui importante espaço de socialização dos sujeitos, possibilitando aproximação com a prática profissional. A formação é entendida como:

(...) um processo de desenvolvimento integral do indivíduo, ao longo da vida, objetivando o seu amadurecimento profissional e emocional. Devido a essas características, é um processo inacabado, que, de forma alguma, limita-se à formalidade dos estudos e demais atividades realizadas no âmbito das instituições escolares. Nesse sentido, a formação expande-se para além da visão de escola, uma vez que o ser humano, também em sua dimensão profissional, está em permanente processo educativo (ASSAD; VIANA, 2005, p. 587).

Importa ressaltar que especificamente em relação aos sujeitos nucleares da pesquisa sua formação ocorreu em universidades públicas. Pode-se inferir que o perfil desses enfermeiros para atuarem na APS bem como sua configuração identitária tenham sido influenciadas pelo currículo das instituições formadoras das quais são oriundos, devendo-se levar em consideração o momento histórico de sua formação e os projetos pedagógicos que orientaram a mesma.

A análise dos sujeitos nucleares evidencia que os enfermeiros formados há mais de dez anos não tiveram na graduação aproximações teóricas nem práticas sobre o trabalho na ESF. A construção de seu modo de ser como enfermeiro de saúde da família ocorreu no próprio cotidiano e nas qualificações profissionais:

Bom, na verdade quando eu formei nem existia PSF. Aqui em Belo Horizonte não existia PSF e eu estudei na UFMG então a gente foi preparado mesmo pra supervisão, coordenação de equipes, recursos humanos de hospitais e clínicas. Fiz um estágio, fiquei em um centro de saúde. Mas o enfermeiro na época era o enfermeiro responsável pela saúde da criança, da mulher. Era bem pontual, não tinha essa visão de família mesmo, essa abordagem familiar. Então eu acho que nessa questão faltou, sabe? Hoje eu acho que tem. Hoje pelo que eu vejo tem essa abordagem, para mim faltou. Eu fui preparada pra atender atenção secundária e terciária, não atenção básica à saúde mesmo (E4).

Eu sou de uma época que era voltada para o curativo né? Eu formei em 1980, então assim a minha formação acadêmica foi totalmente voltada para o curativo. Eu tive que ir me qualificando dentro da vivência e os processos foram surgindo e fui me adaptando. Então, sua adaptação fica melhor com a necessidade da demanda da população (E3).

A formação na universidade, não me deu muito preparo né? Porque eu sou da velha guarda né? Eu tive pouca experiência do meu período de estágio. E, realmente a gente no começo apanhou muito para trabalhar na saúde da família. São idas e vindas. Erros e acertos. Li muito. A minha especialização me ajudou um pouco, na saúde da família, mas como experiência, como prática eu não tive muita não (E5).

Merece destaque o curso de Especialização em Saúde da Família oferecido aos enfermeiros pela PBH como iniciativa da gestão no que se refere à capacitação profissional para atuar neste campo específico. Neste estudo, dos sete enfermeiros investigados, apenas um não realizou essa especialização. A valorização da formação profissional como iniciativa da gestão está em consonância com a visão de Merhy (2005, p. 173) o qual afirma que:

(...) a área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

Com relação aos enfermeiros que se formaram há menos de dez anos relatam que a matriz curricular do curso de graduação em enfermagem contempla o preparo para o trabalho na ESF:

Onde eu formei, nossa formação é totalmente voltada para saúde da família. Você não é preparada para trabalhar em hospital você é preparada para trabalhar em saúde da família (na UFMG). Então assim, lá é muito voltada para saúde pública e foi essencial assim na apropriação do meu trabalho em saber conduzir, eu não tive dificuldade nenhuma em trabalhar em PSF, dificuldade do tipo: eu não sei fazer puericultura, eu não sei fazer pré-natal, eu não sei fazer uma coleta de prevenção. Então assim, eu tinha clareza do que que era, do que que era o papel da saúde da família, do que que era a proposta. Então assim preparada, eu estava assim muito bem preparada para isso. Eu tive dificuldade mesmo é em trabalhar no hospital, tive muita dificuldade de trabalhar em hospital sabe? (E7)

O depoimento de E7 revela que o movimento de mudança curricular passou de um padrão de formação curativo para outro centrado na APS. Entretanto, de acordo com os depoimentos, os currículos não têm contemplado os diferentes cenários de prática priorizando em momentos distintos, diferentes níveis de atenção à saúde. Essa situação reforça a necessidade de formar um enfermeiro generalista, competente e capaz de exercer sua função em todos os campos de atuação da enfermagem.

Ressalta-se, a despeito da relevância do processo formativo de qualidade, que de fato propicie o desenvolvimento de habilidades e competências para a atuação na ESF o depoimento de E6 atenta novamente para as implicações dos arranjos organizacionais na conformação da prática profissional e na construção da identidade do enfermeiro:

Eu acho que é muito distante, muito distante! Eu considero que eu tive uma boa formação. Eu tive uma base muito boa, mas é muito difícil você colocar em prática o que você aprendeu na faculdade. Porque igual a questão da sala de curativo: porque eu por mim, eu E6 eu fecharia aquela sala, não tem condições! Eu falo para a gerente aqui, porque tem o contrato interno de gestão que o prefeito falou que vai ser assim e a partir do contrato interno de gestão e que vai ter que funcionar nesse horário. E o que que acontece? Vai ter que funcionar nesse horário! Mas e o que você aprendeu? O que você adquiriu? Não vale nada? Não vale nada! Eu por mim, essa sala de curativo não funcionaria, não funcionaria! Porque na quinta feira faz coleta de pós prandial meio dia, uma hora tem paciente pra fazer curativo e aí se a mulher não limpou a sala, se a mulher da limpeza não limpou a sala? Mas só que você vai falar, você às vezes, até tem alguma retaliação. Mas eu falo! Eu questionei com a gerente que se fosse o filho do prefeito ou o filho de uma gerente que fosse fazer curativo em uma sala pós coleta ou coleta em uma sala que teve curativo, se ela deixaria? Se ele deixaria? Nunca! Nunca! Claro que não! Se fosse meu filho eu não deixaria! E porque que aqui tem que ser assim? Entendeu? Mas só que é complicado, é muito distante a

questão da nossa formação e a questão do que a gente vive na realidade, é muito distante mesmo! (E6)

O depoimento de E6 retrata a angústia do profissional que se vê obrigado a atuar de forma incoerente com seu arcabouço técnico científico e com seu referencial ético de vida e profissional. Essa situação pode provocar sofrimento moral nesses enfermeiros ao se depararem com situações em que reconhecem sua responsabilidade moral face ao conflito ético, fazem seu julgamento sobre a conduta que consideram adequada adotar, mas não conseguem efetuar-la por se sentirem impotentes (BARLEM, 2012).

Nesse sentido, a superação do distanciamento que existe entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho exige transformações não apenas nos processos formativos, como já vem ocorrendo, mas também nos processos organizacionais que determinam as práticas profissionais.

4.1.3 Identidade Social Virtual

*Que nesse momento
Em que cada um se encontra agora
Um possa se encontrar no outro
E o outro no um
(Sintaxe à vontade - O Teatro Mágico)*

Este capítulo discute a identidade atribuída ao enfermeiro pelos atores sociais que com ele atuam na equipe de saúde da família. A essas atribuições dá-se o nome de identidade social virtual (DUBAR, 2005) que corresponde ao olhar do outro sobre o sujeito em estudo, no caso, o enfermeiro que trabalha na saúde da família.

A análise foi feita a partir da visão dos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e médicos da equipe de saúde da família os quais correspondem aos sujeitos com quem o enfermeiro de saúde da família estabelece suas relações cotidianas no ambiente de trabalho (DUBAR, 2005). Denominamos, de acordo com Brito (2004), sujeitos secundários estes atores sociais que, na convivência diária, participam do processo de construção da identidade do enfermeiro, sujeito nuclear nesta pesquisa. A análise dos atos de atribuição foi

realizada por meio dos aspectos evocados pelos sujeitos secundários, tendo como parâmetro para esta construção o estudo de Brito (2004).

A construção da identidade é influenciada, inevitavelmente, pela interação dos enfermeiros com outros profissionais e com as práticas, valores e saberes desses profissionais, caracterizando-se como um processo essencialmente relacional. Nesse sentido, o Outro é co-participante da construção identitária do enfermeiro mediante o relacionamento que estabelecem no cotidiano de trabalho. A partir dessas interações do dia a dia, o Outro constrói a imagem para si do enfermeiro a partir da qual lhe atribui definições que nos dizem quem é o enfermeiro. Ressalta-se que as imagens têm o potencial de revelar e construir de forma recíproca (NETO; RAMOS, 2004).

Freire (1996) disserta sobre a construção da identidade do professor e sua perspectiva encontra ressonância com a abordagem de Dubar no que se refere à importância do olhar do outro para construção do sujeito. O autor afirma que “é a *outredade do não eu* ou do *tu* que me faz assumir a radicalidade de meu *eu*”. (FREIRE, 1996, p. 41) Importa ressaltar que quanto mais ampla for a área de convergência entre a identidade virtual expressa pelos sujeitos secundários, mais consolidada será a identidade social do sujeito nuclear (BRITO, 2004).

Para esta análise, optamos por abordar os eixos de atribuições que os diferentes atores pontuaram, indicando a categoria profissional do depoente ao final de cada discurso. Assim, a análise foi estruturada por categorias temáticas e não por categoria profissional. Não desconsideramos, entretanto que cada olhar reflete o lugar por meio do qual o sujeito se coloca e percebe o mundo, refletindo, por isso, posições diferentes no âmbito da equipe de saúde.

Pela análise é possível perceber que a imagem do enfermeiro transita entre atos valorativos e depreciativos (BRITO, 2004). Esses atos revelam as conquistas profissionais já alcançadas, bem como os desafios que ainda se apresentam para os enfermeiros no que tange à sua valorização profissional e seu reconhecimento perante a sociedade.

A análise foi estruturada em um eixo de atribuições genericamente denominado de aspectos profissionais dentro dos quais se encontram as percepções dos sujeitos secundários sobre o enfermeiro na saúde da família no cotidiano de trabalho, seu processo de formação profissional, bem como as dificuldades e facilidades que atravessam seu exercício profissional.

4.1.3.1 Atos de Atribuição: Aspectos Profissionais

É atribuído ao enfermeiro de saúde da família o papel de “cabeça” da equipe da ESF exigindo deste profissional demasiado esforço para a organização do processo de cuidado:

Ah, o enfermeiro tem o seu papel, né? Importante lá que, ele, eu vejo assim, como orientação da família, como o cuidado mesmo, ele que praticamente é referência da equipe de saúde da família. Eu, eu vejo assim, a, a enfermeira se desdobra toda pra tá organizando a equipe, pra tá fazendo a agenda, pra tá fazendo a busca ativa. Ela vai delegando para a gente. Mas, é como se fosse a cabeça mesmo da equipe, entendeu? Eu vejo assim, né? Minha visão (ACS 5).

Esse esforço do enfermeiro para organizar seu processo de trabalho dentro ESF revela um dilema vivenciado por esses profissionais no cotidiano de seu trabalho: o distanciamento entre as dimensões prescrita e real no que concerne suas atividades cotidianas. Situação presente na literatura e legitimada pelos depoimentos dos enfermeiros é que as ações inerentes ao trabalho na ESF, ficam relegadas a segundo plano em face as demandas que surgem e para as quais ele é cobrado a oferecer respostas. Essa contradição é percebida pelos profissionais da equipe, conforme pode ser observado:

O trabalho do enfermeiro na equipe de saúde da família seria mais a prevenção né? Mas dentro do centro de saúde o enfermeiro tem que fazer várias funções, então ele tem que atender, tem que fazer o acompanhamento, fazer as busca ativa. Então o enfermeiro é mais complexo mesmo, não só dentro da saúde da família, mas dentro da unidade (ACS 7).

O advento da ESF, longe de promover grandes transformações na prática assistencial do enfermeiro, representou um acúmulo de atribuições para esses profissionais. Por potencial de saúde adotamos a perspectiva de Briz (2005, p. 44) que o define como “identificação de estados, acontecimentos de saúde e de exposição e suas tendências, segundo várias dimensões como o tempo e o espaço e a vigilância em saúde pública”. Assim, aos enfermeiros são destinadas atribuições relativas à ESF e à logística de funcionamento do Centro de Saúde. A abordagem de prevenção de agravos e promoção da saúde é suprimida perante a necessidade de responder ao acúmulo de atividades. Esse contexto tem como consequência a sobrecarga de trabalho:

Eu acho que a sobrecarga do trabalho é uma coisa que precisa melhorar. Ele fica muito sobrecarregado, porque em alguns lugares, é o enfermeiro não

trabalha só no Programa. Além dele ter que estar coordenando lá dentro do Programa Saúde da Família, ele tem uma demanda espontânea da unidade pra ele resolver. Então, isso ai, acho que precisa ser melhorado (ACS 4).

Eu acho que seria mais uma organização na agenda. Porque hoje o enfermeiro, pela demanda espontânea, pela, pela própria agenda, ele quase não tem como desempenhar a função que ele tinha que fazer mesmo dentro do PSF. Porque é muito atendimento, é, correria, tem o próprio acolhimento que a agenda dele tem que está fechada pra isso. Eu acho que deveria abrir mais espaço na agenda pra saúde da família (ACS 5).

Eu acho que ela é muito sobrecarregada. Não fica somente com a saúde da família. Então, muitas vezes o trabalho de saúde da família, fica pendente, não tem disponibilidade, nem tempo de realizar. Sobrecarga mesmo (TE 5).

O que dificulta o trabalho do enfermeiro de saúde da família é eles fazerem duas funções de assistencialistas é atender dentro do centro de saúde, é acompanhar a demanda espontânea, por que ele não faz só o trabalho da equipe, ele atende o centro de saúde como um todo, que tem a função da farmácia, curativo, vacina, e o enfermeiro é responsável também (ACS7).

Mediante a dificuldade em operacionalizar na agenda as ações específicas da saúde da família apontada, foi indagado ao ACS 5 que atividades especificamente ficam negligenciadas em nome da demanda espontânea:

Vou dar um exemplo assim é, a gente mesmo, os ACSs mesmo não gostam muito, mas é uma supervisão de, tipo da folha nossa de instrumento de trabalho. O enfermeiro não tem como parar para ficar analisando caso por caso. Isso é geral. Isso não adianta você falar "ah, é só aqui que é assim não!". São todos os centros de saúde, você vai precisar, você vai acompanhar, olhar e o enfermeiro não tem como supervisionar o trabalho do ACS. Ela até tenta, dentro da medida do possível, dentro do tempo que sobra um pouquinho, mas esse tempo é bem curto. Então, com isso ai, automaticamente, o trabalho de prevenção também vai embora. (ACS 5).

Reservar às atividades de saúde da família o tempo que sobra evidencia um processo problemático de organização do trabalho e que traz implicações para a apropriação pelo enfermeiro do novo papel proposto pela ESF. Além disso, a mudança do modelo assistencial também sofre consequências, uma vez que seu eixo norteador, ou seja, a perspectiva da promoção da saúde não constitui o cerne das ações que permanecem centradas no atendimento pontual da demanda espontânea.

A respeito das ações de promoção da saúde destaca-se que, mesmo sendo eixo orientador no novo modelo, a realidade da ESF não reflete essa importância e as práticas profissionais não conseguem tê-la como prioridade. A esse respeito, Silva (2012) afirma que:

No cotidiano dos serviços de saúde, as ações de promoção da saúde são ainda incipientes e partem de iniciativas pontuais, de cada serviço ou profissional, não estando sistematizadas ou documentadas. Ocorrem sem apoio político-institucional específico ficando, assim, atreladas ao perfil do gerente ou dos profissionais do serviço, comprometendo a continuidade e potencialidade das ações (SILVA *et. al*, 2012, p. 186).

Por outro lado, a realização de grupos educativos revela uma perspectiva promissora de transformação de práticas em saúde. Sem aprofundar a análise para o campo do potencial pedagógico existente nas metodologias educativas que tem sido utilizada na conformação desses grupos, o que se pretende destacar é seu potencial de proporcionar vínculos. O grupo educativo possibilita conhecer a comunidade a partir de um olhar mais ampliado e possibilita a construção de laços entre profissionais e usuários que são prerrogativas essenciais da ESF:

Seria mais os grupos mesmo, que eu vejo que ajuda bastante. Porque ai a gente identifica os pacientes, a gente consegue pegar esse vínculo mesmo de PSF, porque senão tivesse, ai seria simplesmente uma demanda espontânea, ficaria de porta aberta atendendo todo mundo que chegasse, tipo uma UPA, é o que tá quase virando o PSF (ACS 5).

Perante essa realidade o relato da ACS 1 traz para o debate o fato de a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, além de inviabilizar a realização das atividades de saúde da família tal qual está previsto na PNAB, pode comprometer a qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros:

Às vezes eu vejo também que as enfermeiras estão sobrecarregadas, você vê que está esgotada mesmo com o mundo de gente que tem que atender e acaba não tendo qualificação adequada, não é qualificado o trabalho por que tem muito paciente para poder cuidar. Então ela não tem tempo de parar aquele paciente e explicar o que ela aprendeu lá na faculdade, ela não consegue colocar em prática por que ela tem um mundo de paciente para atender, para dar conta, então acho que isso é uma das coisas mais difíceis pra elas conseguir, então eu vejo que elas estão estressadas (ACS 1).

Assim, a ESF participa de um movimento ambíguo na consolidação do direito à saúde no Brasil, uma vez que ampliou o acesso das populações marginalizadas, mas, ao mesmo tempo, não garante a qualidade da assistência que é negligenciada pelo foco centrar-se na demanda e na produção de atendimentos.

Importa ressaltar que, em consonância com a perspectiva dos próprios enfermeiros, os sujeitos secundários atribuem o prejuízo das ações de saúde da família à sobrecarga de trabalho. Essa realidade além de trazer impactos para a organização do sistema de saúde, interfere diretamente no mundo subjetivo dos enfermeiros ao lhes causar sentimentos de sofrimento, esgotamento físico e psíquico, cansaço em demasia e alta carga de estresse.

As demandas do centro de saúde envolvem ações de planejamento, coordenação, implementação e avaliação de intervenções que dizem respeito ao funcionamento da unidade como um todo, a saber: sala de vacina, curativo, escala de enfermagem, acolhimento, farmácia e administrativo. Em nome dessas atividades, os enfermeiros de ESF, muitas vezes, precisam diminuir, restringir ou até adiar as ações específicas de saúde da família como as consultas de enfermagem, a realização de atividades de promoção da saúde, grupos educativos, mobilização para controle social da comunidade, as visitas domiciliares, o acompanhamento e monitoramento dos agentes comunitários de saúde entre outros. Com relação à consulta de enfermagem, destaca-se o depoimento:

Ele [o enfermeiro] deveria atender, fazer grupos operativos, consultas de puericultura, consulta de pré-natal, de enfermagem né? E muitas vezes ele deixa de fazer essa consulta pra fazer uma assistência mais burocrática, coisa que deveria ter um enfermeiro de apoio, ou um administrativo pra fazer essa função pra ele (ACS 7).

O depoimento da ACS 7 revela que a Consulta de Enfermagem não tem sido prioridade do enfermeiro de saúde da família. Gomes e Oliveira (2004, p.149) definem a Consulta de Enfermagem “como tecnologia/espço privilegiados de exercício do saber/fazer profissional e traduzem meios concretos de conquista da autonomia pelos enfermeiros”. Ressalta-se a que segundo Silva (1998) a Consulta de Enfermagem transcende a realização de um procedimento técnico ao mobilizar conhecimentos científicos, metodológicos sobre sistematização e habilidades relacionais. Nesse sentido, “a implantação da Consulta de Enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos” (SILVA, 1998, p. 27).

A não realização da Consulta de Enfermagem é considerada por Bertonicci (2011) como uma situação grave, dado que está prevista na Lei do Exercício Profissional. A autora afirma que:

(...) os enfermeiros estão transgredindo as normas da profissão, que institui a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através da Consulta de Enfermagem em todos os ambientes, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Deve constar de histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; prescrição de enfermagem e implementação das intervenções; e avaliação de enfermagem, sendo que o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações são atividades privativas do enfermeiro (BERTONICI, 2011, p. 77)

Estudo realizado em Pelotas sobre o trabalho do enfermeiro na ESF identificados aspectos similares aos achados deste estudo, pois em ambos percebeu-se “importante dificuldade de se estabelecer horários para a realização de consultas de enfermagem e sua não realização em decorrência da grande demanda do enfermeiro em outras atividades” (NAUDERER; LIMA, 2008, p.97).

Bertonici (2011) afirma que as ações específicas do enfermeiro cedem lugar e importância para as atividades relacionadas à dinâmica da organização de suas normas:

As ações do núcleo profissional (...) têm menor peso como valor orientador das ações das enfermeiras. Parece que neste debate de normas, os valores de direito à saúde e acessibilidade bem como as prescrições emanadas do gestor municipal de atender a todos, têm supremacia para orientar as escolhas dos usos de si da enfermeira. (BERTONICI, 2011, p. 78)

Os depoimentos revelam que o envolvimento do enfermeiro com seu trabalho na ESF é tão grande que ultrapassa o considerado pelos sujeitos secundários como necessário. É nesse envolvimento que reside a motivação e disposição para que esse profissional aceite a sobrecarga que lhe é imposta e que muitas vezes ele próprio se impõe. Esse comportamento gera o movimento de luta dos enfermeiros em defesa do direito à saúde, mesmo que isso lhe custe tamanha sobrecarga. Sobre o envolvimento do enfermeiro com a ESF, o médico afirma que:

Eu acho que aqui eles envolvem mais, prova disso é que as enfermeiras de saúde da família não saem disso. Eu acho que eles entram nisso ai e esquecem do mundo. Pelo menos as que eu vejo aqui só trabalham aqui e não trabalham em outro lugar e perdem tempo né? Deveriam trabalhar em outro lugar, elas chegam aqui e encostam, casam com a saúde da família e encostam até a aposentadoria. É um envolvimento muito maior, maior até demais, não precisava de tanto não (M3).

O depoimento de M3 expressa o não reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelo médico. Assim, o enfermeiro se esforça para conseguir conjugar a múltiplas demandas que lhe

são impostas, sofrem com esse contexto, mas nem sempre há valorização de todo este empenho.

Esse envolvimento mobiliza o enfermeiro a responsabilizar-se por tudo que envolve, direta ou indiretamente, o atendimento da necessidade do usuário. É notório pelo relato de uma das técnicas de enfermagem (TE 2) que o comprometimento com a necessidade apresentada pelo indivíduo ou comunidade atribui uma dinâmica de trabalho ao enfermeiro, podendo interferir negativamente no desempenho das atividades que lhe competem:

Eu acho o trabalho da enfermeira muito bom. Só que ela faz muito além do que ela até poderia fazer porque é muito limitado o tempo que ela tem. Eu acho que as enfermeiras deviam de ficar mais disponível pra Saúde da Família. Eu acho que a enfermeira que trabalha na Saúde da Família devia de ter um apoio de outro enfermeiro para fazer o serviço do centro de saúde. Coisa que não acontece! Ai a enfermeira da Saúde da Família é a mesma enfermeira que dá o suporte para o centro de saúde. E às vezes isso atrapalha demais o serviço dela. Ai ela tem que tá correndo pra um lado, correndo pro outro. Acode uma coisa, acode outra e assim. Eu acho que prejudica muito o serviço dela (TE 2).

Ainda com relação à sobrecarga de trabalho, o depoimento abaixo sugere que a acumulação de funções pelo enfermeiro está relacionada ao não cumprimento dos demais membros da equipe de suas atribuições. Dado o compromisso que o enfermeiro tem com todo o trabalho, ele assume essas atividades não realizadas ou realizadas sem qualidade, na visão de um dos profissionais. Essa situação é descrita pela médica M1:

Em relação à equipe, cada um deveria assumir e fazer a sua função. Porque se não, sempre, isso a gente vê no dia a dia, o enfermeiro vai se apropriando de tudo, de várias funções dos outros, quando aquilo não é muito bem feito (M1).

Tendo como base os atos de atribuição relativos aos enfermeiros foi possível observar convergências com a perspectiva dos sujeitos nucleares no que tange à sobrecarga de trabalho e à questão da multiplicidade de papéis que este profissional assume na saúde da família, os quais muitas vezes transcendem sua área específica de atuação, conforme pode ser observado:

É super importante e é bastante abrangente. Então, é um trabalho que além da parte específica de enfermagem, ele permeia todas as outras áreas: a parte administrativa, a parte de serviço social. Acho que é totalmente indispensável e bem amplo (M1).

De forma coerente com o relato acima, Nauderer e Lima (2008) afirmam que as práticas de enfermagem constituem-se essencialmente como práticas sociais, ou seja, transcendem a esfera técnica e profissional e contemplam dinâmicas que englobam as questões sócio-econômicas e políticas, assim como o conhecimento do contexto no qual se inserem. Assim, “o trabalho dos enfermeiros é entendido como tendo uma finalidade social, mas que prevê uma perspectiva biológica e que inclui, também, aspectos psicossociais e culturais” (NAUDERER; LIMA, 2008, p.95).

A respeito desta sobrecarga de trabalho alguns autores a denominam como um desdobramento da “polêmica da polivalência que leva o enfermeiro a fazer de tudo um pouco” (OLIVEIRA et. al, 2009, p. 5). A polivalência do enfermeiro constitui, portanto, um paradoxo no seu exercício profissional, pois ao mesmo tempo em que lhe gera valorização e reconhecimento, também é razão primordial da sobrecarga de trabalho a que está exposto.

A liderança da equipe é reconhecida como outro importante ato de atribuição. O enfermeiro na ESF é visto pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como elemento importante para a consolidação da ESF, assumindo papel de liderança na equipe. Porém, essa importância apresenta faces ambíguas e contraditórias, pois ao mesmo tempo em que o enfermeiro revela sua importância por ter participação no conjunto global das ações que são desenvolvidas na saúde da família, sobre ele recai significativa sobrecarga de trabalho e acúmulo de atividades que nem sempre lhe cabe realizar, tal como é evidenciado no relato:

Eu acho que o enfermeiro, assim, é uma peça importantíssima no programa saúde da família. Porém, muito sobrecarregado porque todas as ações, praticamente, passam pelo enfermeiro e depois vai pro médico ou para o agente. O enfermeiro tem que estar ali na liderança. Ele acaba fazendo até o que não é da função dele porque é preciso. Então, eu acho assim que o trabalho é muito grande. Acho que é uma demanda muito grande (ACS 4)

A respeito da liderança que o enfermeiro assume na ESF, Passos (2011, p. 15) afirma que “o enfermeiro tem um grande potencial para influenciar o trabalho em saúde e a sua organização dentro de uma determinada equipe de saúde da família”. É possível perceber que, mesmo que o ACS não seja membro da equipe de enfermagem, o vínculo entre ele e o enfermeiro é grande. O ACS reconhece o enfermeiro como referência central para o desenvolvimento de seu trabalho, a ele se reportando quando deseja questionar algo ou esclarecer dúvidas, conforme evidenciado:

Porque ela [a enfermeira] é a responsável pelos agentes comunitários de saúde. Nosso vínculo maior é com ela mesmo, de procurar, de falar alguma coisa, de questionar alguma coisa e ela da mesma forma com a gente também. Então ela sabe como corrigir, ela sabe como conversar (ACS 1).

E a gente ainda é mais próximo do enfermeiro do que dos outros profissionais do centro de saúde, por que o enfermeiro que passa pra gente busca ativa, regresso hospitalar, gestante, então a gente está muito próximo do enfermeiro nesse sentido (ACS 7).

O ACS acrescenta ainda que se, porventura, o enfermeiro precisar se ausentar da unidade as reuniões com a equipe serão desmarcadas, reforçando esse lugar de liderança que este profissional assume na equipe:

Porque a médica ela sabe muitas coisas, ela passa muita coisa pra gente, mas quem sabe mesmo é a enfermeira. Então a gente tem que remarcar reunião se o enfermeiro não estiver presente (ACS 7).

No anexo I do Programa Nacional de Atenção Básica, lançado pelo Ministério da Saúde em 2006, são definidas as atribuições de cada membro da equipe de ESF e ao enfermeiro compete “planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS” (BRASIL, 2006, p. 47). Este papel é bem reconhecido pelos ACS que atribuem ao enfermeiro a coordenação de suas atividades e o valorizam por isso:

Então ela [a enfermeira] é uma pessoa muito dedicada ao trabalho, aprendi muita coisa com ela desde que ela chegou, pelo menos na nossa equipe, tudo mudou porque ela ensinou a gente a fazer os cadernos, a ter pasta, a ter organização com o trabalho e aí tudo começa diferente porque aí quando você tem tudo organizado, quantas famílias, ela pedia para gente escrever todas as famílias, número da casa, quantas pessoas tinha, e aí nós fizemos, envolvermos nisso e aí foi um trabalho muito legal que tudo nós temos organizado e arquivado: com a puericultura, quanto à gestante, quanto para o idoso. Então tem uma pasta, todo ano é renovada, aí ela começa por aí pela organização da nossa equipe. Quando nós temos essa organização, ela trabalha em cima dos dados que nós temos na nossa equipe (ACS 1).

De acordo com a Unidade 9 do Módulo Político Gestor do curso à distância de capacitação em ESF, disponível no Portal da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, pela própria formação o enfermeiro assume esta liderança dentro da equipe, afirmando ser:

(...) explícito o papel do enfermeiro em assumir uma posição de liderança no trabalho em equipe multiprofissional, o que implica compromisso,

responsabilidade, empatia, habilidade em comunicação e na tomada de decisão. Não há nada que limite a participação de outra categoria nessa função, entretanto, provavelmente pela formação (voltada para o cuidado e com experiências práticas de trabalho em equipe multiprofissional), são os enfermeiros que, de fato, mais se aproximam das propostas da Estratégia Saúde da Família e, por isso, acabam assumindo a liderança (JUNQUEIRA, s.d., p. 156).

Situação paradoxal é percebida no discurso dos técnicos de enfermagem no que se refere ao reconhecimento do enfermeiro como referência de suas atividades e liderança na equipe. É interessante observar que o técnico de enfermagem, reconhece o enfermeiro como sua referência, mas não de forma exclusiva. Assim, no seu discurso, o técnico traz a necessidade de respaldo médico para suas ações e o respaldo do enfermeiro aparece como complementar, como pode ser observado no seguinte depoimento:

Bom, eu percebo da seguinte forma: a gente precisa não só de um respaldo do médico, mas do enfermeiro também. Na maioria das vezes é para o enfermeiro que está com a gente no dia a dia. Então se você tem que fazer um procedimento, fazer um curativo, pegar alguma orientação, antes de você chegar no médico, nosso respaldo é o enfermeiro. Eu acho que é muito importante a função do enfermeiro da saúde da família (TE 1).

A responsabilidade que o enfermeiro tem para com as ações do técnico de enfermagem está prevista na Lei 7.498/86 que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem. São ações privativas do enfermeiro o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem” (COFEN, 1986, p. 4). De acordo com a referida legislação o técnico de enfermagem é componente da equipe de enfermagem e cabe ao enfermeiro supervisioná-lo e responder por suas ações. Dessa forma, são membros da equipe de enfermagem:

“Parágrafo único - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação” (COFEN, 1986, p.1).

No que se refere ao papel do técnico de enfermagem previsto na Lei, destaca-se:

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente: b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei (COFEN, 1986, p.7).

Conforme depoimento de técnicos de enfermagem não é possível perceber o estabelecimento de um vínculo forte com o enfermeiro, embora reconheçam a relevância de sua atuação na ESF. Assim, os técnicos pertencem legalmente à equipe de enfermagem, entretanto, não se reportam ao enfermeiro como alguém que responde por suas ações.

Pelo depoimento da técnica de enfermagem (TE 3), percebe-se ainda que o enfermeiro tem sua importância reconhecida pela propriedade com que conhece a comunidade para qual trabalha.

Eu acho que assim é um trabalho muito importante porque é um trabalho de contato direto com o paciente e o enfermeiro localiza as pessoas, conhece as pessoas. Então assim, é um conhecimento mais abrangente de uma determinada área onde a gente trabalha. Então o enfermeiro tem essa ligação direta com a paciente tanto de atendimento de enfermagem mesmo direto mesmo também com um vínculo maior de confiança entendeu? O paciente tem essa confiança no enfermeiro, solicita muito o enfermeiro por causa desse vínculo que tem mesmo, quase que assim, quase que familiar, a pessoa já identifica esse vínculo com o enfermeiro. Então eu acho bacana demais esse trabalho. (TE 3).

Esse conhecimento proporciona-lhe fortalecer os vínculos com esta comunidade criando caminhos cada vez mais concretos de construção de espaços de cuidado marcados pela confiança e pela possibilidade reais encontros de subjetividade entre trabalhador de saúde e usuário (AYRES, 2001).

Com relação aos atos de atribuição depreciativos (BRITO, 2004), destaca-se que os mesmos apareceram em menor escala, estando ligados à imagem tradicional do enfermeiro como profissional cuja essencialidade é servir ao médico e dele depender profissionalmente. É possível inferir que apesar dos avanços da profissão e dos processos de ruptura com a visão da enfermeira submissa, ainda estão presentes alguns resquícios da imagem profissional do enfermeiro subserviente ao profissional médico. Foi verbalizado, assim, que auxiliar ao médico constitui papel do enfermeiro:

Eu vejo como um apoio, um grande para o médico, no que diz respeito a auxílio em grupos, a prescrição de alguns medicamentos. Quando eu entrei em 2003 não era, o enfermeiro não podia prescrever nem uma dipirona, por exemplo. Eu vejo esse ganho (ACS 2).

Eu acho que ele é um elo super importante, né? Com o conhecimento. Fica abaixo do médico, até mais perto da equipe do que o próprio médico. Então, é até uma resolução mais imediata para gente do que com o próprio médico (TE 5).

No que tange aos atos de atribuição depreciativos, verificou-se que os mesmos correspondem a exceções entre os sujeitos secundários. Esta imagem social traz à tona os aspectos emblemáticos que estão envolvidos na trajetória histórica da Enfermagem como profissão também encontrada na pesquisa de Brito (2004). A respeito do legado cultural que acompanha o processo de construção da Enfermagem como profissão Brito (2004, p. 195) afirma que é preciso considerar que:

(...) o fato de a Enfermagem constituir uma prática social predominantemente exercida por mulheres, o que a torna sujeita a estereótipos e a uma posição de subordinação em relação à categoria profissional dos médicos, uma vez que se encontra alicerçada no modelo médico hegemônico e no sistema social patriarcal, essencialmente voltadas para a valorização de traços masculinos.

Mesmo que ainda persista a cultura que reconhece o enfermeiro como o profissional capacitado para auxiliar o médico, pode-se perceber pelo depoimento de M2 que a essencialidade da profissão do enfermeiro, ou seja, o cuidado ao ser humano é identificada pelo médico como razão central do exercício profissional do enfermeiro.

O papel do enfermeiro tem muito a ver com o cuidado. Ele tem a ver com o despertar do autocuidado no nosso paciente (M2).

Além disso, é possível perceber pelo relato que, aos olhos do médico, o enfermeiro é visto como um articulador importante dentro da equipe por ser capaz de estabelecer um elo entre os membros da equipe. Sobretudo, cabe a ele o papel de coordenador das atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos, eixo central da proposta da ESF

E ele é importante porque é um elo. Ele vai estar unindo os auxiliares, o médico e os agentes de saúde. Então, ele tem uma posição bem central. Muito importante, porque muito da promoção, da prevenção, ele vai estar meio que coordenando (M2)

Pelos depoimentos dos profissionais médicos percebe-se que há reconhecimento tanto do papel do enfermeiro na ESF no que se refere àquilo que lhe compete desempenhar profissionalmente quanto à valorização que esse papel assume na assistência nas questões gerenciais envolvidas no trabalho.

É nítida a visão contra-hegemônica que os médicos apresentam no que tange ao trabalho em equipe e a necessária valorização dos diferentes atores que fazem parte do trabalho em saúde. Diferentemente dos discursos onipotentes que enaltecem a hegemonia do profissional médico sobre os demais profissionais da área da saúde, percebe-se que na ESF há indicativos reais de mudança desse paradigma, tal qual pode ser observado no depoimento de M2 a seguir. A fala da médica se refere ao que ela considera como fundamental para o desenvolvimento do trabalho:

Eu acho que o canal de diálogo. Eu acho que a partir do momento que os profissionais eles se entendem, eles se percebem, cada um com seu saber e sua especificidade desse saber, e se respeitam, acho que fica muito tranquilo. Porque aí você não está disputando nada com ninguém. Então, você pode, somar, multiplicar (M2)

A mudança do modelo de atenção à saúde exige transformações na prática assistencial e nos pressupostos ideológicos que sustentam essas práticas. A ESF, embora ainda não proporcione as transformações que se propõe, já revela indícios importantes de transformação ao proporcionar relações horizontalizadas entre os profissionais da equipe. Para tanto, o processo comunicativo fluido expressa o respeito aos diferentes profissionais e aos seus saberes.

A importância da comunicação é evidenciada no relato da médica, a qual ressalta ainda que na ausência desse diálogo o seu trabalho não alcança resultado:

Quando não tem dialogo, você vai ficando sem espaço. Cria na verdade um espaço vazio e você não consegue ter resultado (M2).

Há que se problematizar esta dificuldade de integração entre os diversos profissionais de saúde. No caso específico da relação médico e enfermeiro, a médica pondera a respeito dos processos formativos os quais, segundo ela, precisam mudar sua perspectiva no sentido de proporcionar experiências interdisciplinares durante a formação:

Porque eu acho que tinha está trabalhando junto desde o processo de formação. A gente tinha que estar em um entendimento de um e de outro. Fico muito tempo trabalhando separado. É uma cultura já há muito tempo. Onde muitas vezes a cultura de que o médico manda e a equipe obedece. Então, isso já que cria uma certa resistência. Então, quando você chega, você já encontra um pouco de resistência. Até que as coisas se clareiam e daí começa a ficar diferente (M2).

Cabe salientar que a maior parte dos sujeitos secundários (85,7%) possui alguma experiência no cenário hospitalar, o que motivou-me a indagá-los sobre sua percepção a respeito da atuação do enfermeiro nestes dois cenários. Nas considerações sobre o papel do enfermeiro na ESF saúde da família e o papel deste profissional no hospital, destaca-se a questão do vínculo do enfermeiro da saúde da família com o paciente como elemento singular que diferencia a atuação nestes dois contextos profissionais:

Eu vejo diferença do enfermeiro do hospital e do enfermeiro da Saúde da Família: é que o enfermeiro do hospital, ele não tem assim muito vínculo com o paciente, ele não tem essa proximidade que o enfermeiro da Saúde da Família tem. O enfermeiro da Saúde da Família, ele é muito mais assim, próximo, ao usuário, do que o do hospital. Porque o hospital não vê todo dia. Hoje essa pessoa está internada, fica ali um tempo, amanhã vai embora, entra outro. O paciente dele muda demais e o da Saúde da Família não muda. É aquela família sempre sempre sempre. Então, é diferença que eu vejo é assim, é positiva isso (TE 2).

Eu não sei se é só aqui, eu vejo diferença na dedicação no trabalho. A enfermeira do PSF ela tá ali na frente o tempo todo, né? E o enfermeiro no hospital, ele está ali na função mesmo de coordenação. Está ali pra coordenar mesmo. E a gente vê no hospital que às vezes a gente precisa até falar com o enfermeiro e fica até meio difícil de falar. Quanto trabalhando no PSF não, o enfermeiro ele tem que estar mesmo na frente. (ACS 4).

No que tange à singularidade do trabalho do enfermeiro na ESF com relação aos outros cenários de atuação profissional existentes, a médica afirma que a grande particularidade diz respeito ao fato no inevitável envolvimento do enfermeiro com a comunidade, uma vez que todo o trabalho se desenvolve dentro do mundo desse sujeito.

É diferente porque não tem como ele não se responsabilizar, por que ele está dentro da casa. Então, ele conhece a mãe, ele conhece a avó, ele conhece o filho, ele conhece as histórias, ainda mais na nossa equipe que o pessoal já está a 15 anos, 10 anos, né? O contato com a enfermagem é diário. Ficou parte da vida dele [do usuário] (M2).

Olha, o envolvimento é muito maior do que todos os profissionais. O enfermeiro, principalmente, né. É envolvimento. Eu acho que faz a diferença esse vínculo (M1).

Em consonância com os atos de atribuição manifestos, o estudo de Nauderer e Lima (2008) aponta que os enfermeiros na ESF saúde da família se destacam pela responsabilização que assumem para com a saúde da população bem como o comprometimento, envolvimento e compromisso com que desempenham suas ações. Assumem, ainda, a função de organizadores da gestão do cuidado.

Ênfase merece ser dada ao depoimento de uma médica que, ao ser solicitada a refletir sobre o trabalho do enfermeiro na ESF, defendeu a idéia de que o enfermeiro é a condição *sine qua non* para o funcionamento da ESF. Sem ele, é impossível que a ESF aconteça conforme relatado:

Eu acho que o seguinte, se me perguntar, eu acho que a equipe funciona toda interligada. Todo mundo é importante, mas se tem alguém mais importante é o enfermeiro. Eu consigo imaginar uma equipe da saúde da família, igual às vezes está faltando, acontece aqui no município, está sem médico, acho que consegue às vezes executar ações básicas incompletas, incompletíssimas, com falhas. Mas sem enfermeiro, eu considero impossível, considero impossível! É isso que eu vejo na realidade, então eu acho que o enfermeiro é fundamental, eu acho que ele é central. Eu estou imaginando, assim, um desenho com o enfermeiro e todo mundo em volta assim e as setinhas indo e voltando nele (M1).

Imaginar a representação esquemática proposta pela entrevistada M1 remeteu-nos a uma alusão sobre o papel do enfermeiro na ESF comparando com o papel da APS na Rede de Assistência à Saúde (RAS). De forma análoga, o enfermeiro está para a saúde da família assim como a APS está para a RAS, ambos constituindo-se como canal de comunicação, ordenadores de fluxos assistenciais e sendo o elo entre os diversos atores e dispositivos envolvidos no processo de cuidado.

É um trabalho importante né? No acolhimento dos pacientes, na formatação de todo o serviço eles são importantes. Na orientação, no cuidado é de suma importância o enfermeiro, isso ai não tem nem o que discutir (M3)

As percepções dos sujeitos secundários, revelam reconhecimento do papel de liderança do enfermeiro e de coordenação, tanto de ações assistenciais quanto no que diz respeito às atividades relacionadas à gestão do cuidado e de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. O enfermeiro é visto como o elo central da equipe e condição primordial para a existência da mesma. Seu envolvimento com o trabalho e com a comunidade é atribuído positivamente pelos colegas da equipe. Entretanto, muitas vezes, ele acumula funções que nem sempre são atribuições específicas e é responsável pela própria sobrecarga de trabalho que lhe gera tanto sofrimento e desgaste.

Embora seja nítida e preponderante a imagem valorativa do enfermeiro, ainda permanecem resquícios do legado histórico da profissão que lhe confere lugar de coadjuvante ao trabalho médico, a ele devendo auxiliar e servir. Ressalta-se que tal imagem não surgiu do

discurso de profissionais médicos que, ao contrário, revelaram apreço e valorização pelo enfermeiro e por seu trabalho.

Prosseguindo a análise dos aspectos profissionais, aborda-se a questão do processo formativo de enfermeiro. De modo geral, os sujeitos secundários percebem como satisfatória e muito adequada a formação dos enfermeiros. Percebem, inclusive, um movimento constante por parte dos enfermeiros de atualização e busca por novos conhecimentos bem como da vontade de fazer acontecer todo o aprendizado que traz na bagagem, tentando, a todo momento, traduzi-los em práticas no dia a dia, conforme evidenciado no relato do ACS 1:

Eu particularmente eu acho que está boa [a formação]. Claro que tudo que é para crescer é bom, claro, mas eu acho que todos os enfermeiros que eu tive contato são muito profissionais, são muito dedicados, chega cheio de ideias, cheio de coisa nova, cheio de gás, sabe? Então chega querendo colocar em prática aquilo que estudou lá na faculdade, que ficou quatro anos e meio sentado naquela cadeira e na hora que eles têm que colocar pra fora, eu percebo isso. Não é aquela pessoa que chega lá e nem deu confiança e guardou, vamos supor, fechou lá a gaveta. E aí eu percebo que lêem muito, sabe? Lê, traz novidade, busca, aí lê livro, eu vejo isso muito nas meninas. Eu vejo que são muito dedicadas, que chegam com muita coisa nova, que às vezes até coisa além, que não está aqui, que não precisava saber. O que não está ali na tarefa dela fazer, eu vejo elas ultrapassando, extrapolando, indo além. Às vezes a gente até brinca: Essa tinha que estar no lugar de médico, né? Por que é diferente sabe? (ACS 1).

Neste relato também merece destaque o reconhecimento que é dado ao comprometimento do enfermeiro com o trabalho na saúde da família de tal maneira que sua atuação não se limita ao esperado pelos demais membros da equipe. Ao contrário, seu envolvimento com o serviço se dá de forma sistêmica para além de tarefas prescritas, superando as expectativas da equipe e propiciando-lhes imagem valorativa. Entretanto, a forma culturalmente utilizada para verbalizar tal reconhecimento é colocar o enfermeiro em igualdade com o médico. Assim, o ACS, ao mesmo tempo em que reforça a idéia de inferioridade do enfermeiro em relação ao médico, sugere movimentos de ruptura ao reconhecer a competência do enfermeiro dentro da saúde da família.

Essa imagem revela traços da cultura hegemônica em franco processo de reconstrução. O modo tradicional de pensar a saúde tem no médico seu eixo central, de tal modo que para se caracterizar um bom trabalho tem-se como referência de comparação o trabalho deste profissional como se fosse ele o padrão ouro de análise. As rupturas, nesse processo, se expressam quando se manifesta o reconhecimento do enfermeiro de saúde da família como um profissional apto a ocupar um lugar social que, até então, era exclusivo do médico. Mesmo que permaneça a imagem deste ator social como referência de bom atendimento ,

pode-se inferir que o reconhecimento de que outros profissionais são igualmente importantes na assistência à saúde já fornece indícios, ainda que incipientes, de mudança paradigmática.

Destaca-se o reconhecimento por parte dos sujeitos secundários, do olhar ampliado que o enfermeiro lança sobre o indivíduo que sustenta práticas mais próximas da perspectiva da integralidade:

Muito preparado, muito. Ele sabe administrar, sabe diagnosticar, diagnosticar não por que ele não faz diagnóstico né, mas às vezes ele percebe até melhor do que o médico. A realidade é esse, na verdade ele percebe, eles olham o doente melhor do que o médico. Eles estão mais atentos né? Eles ficam mais atentos, eles sabem, eles tem um olhar diferenciado, um acolhimento diferenciado (ACS 3).

Com relação ao processo formativo do enfermeiro, os sujeitos secundários consideram-no adequado para a intervenção na saúde da família:

Ah, a formação profissional é muito boa, está ótima (M3).

Eu acho que a formação é boa sim. Eu vou falar especificamente daqui porque é o centro de saúde que eu estou agora. Todos são excelentes sabe?! Tudo que a gente pergunta sabe, são delicadas para nos responder, tem aquela certeza do trabalho, aquela confiança, buscam sempre dar informações para a gente. É uma equipe que tem uma relação muito boa e, profissionalmente, nós temos confiança em todos eles, muita confiança profissional (TE 4)

Importa salientar que a formação, mesmo que adequada, precisa vir acompanhada do desenvolvimento de habilidades no processo comunicativo. Isso porque não basta ter conhecimento, é preciso saber traduzir este conhecimento em uma linguagem que seja acessível à comunidade para que, de fato, haja compreensão e transformação nos modos de viver a vida:

Eu acho que hoje eles investem mais nessa formação e na informação. Eu no meu entender a formação do enfermeiro ela é boa, é satisfatória. Lógico que para você aplicar todo o conhecimento que você tem, o receptor tem que estar preparado pra isso, porque algumas coisas, alguns termos que você usa, não tem como você fugir, da parte técnica, falar de forma técnica, eles não entendem, ai não adianta. Mais em resumo, acho que a formação do enfermeiro, acho que ela é satisfatória, ela é boa (ACS 2).

A dicotomia historicamente estabelecida entre teoria e prática se expressa no depoimento de TE 2 que traz para a reflexão a complexidade presente na realidade concreta

de quem trabalha com comunidades e o desafio de aproximar essa realidade das instituições formadoras:

A pessoa aprende uma coisa na faculdade quando ele chega para realizar é outra. Então, eu acho que a dificuldade do enfermeiro que está chegando agora, que não é o nosso caso, que nossa é enfermeira é mais velha que o PSF, mas o pessoal que está chegando agora, eu acho que vai ser ter um pouquinho de dificuldade, porque o que a gente aprende lá na escola é uma coisa, quando você chega aqui para encarar os fatos, são outras coisas muito diferentes. E cada lugar, cada comunidade tem uma realidade diferente. Ai quando o profissional forma, ele forma no geral, né? (TE 2)

O mundo globalizado apresenta novas modulações, tanto no que se refere às organizações e suas estruturas quanto, na mudança de padrões de comportamento e ideologias presentes na sociedade. Destaca-se, sobretudo, que a partir da globalização houve uma intensificação e aceleração do desenvolvimento científico e tecnológico nunca antes experimentada pelo homem na história da humanidade (SILVA *et al*, 2010). Associado a esse contexto, destaca-se a implantação do SUS como uma nova forma de pensar e fazer as práticas de saúde no Brasil.

Tais transformações demandam, indubitavelmente, novos modos de construção do conhecimento e processos de formação profissional que sejam coerentes com a nova realidade social. Nesse sentido, as novas conformações do mundo do trabalho, bem como os princípios que orientam o SUS exigem novos perfis profissionais (SILVA *et al*, 2010).

As mesmas autoras acrescentam, ainda, que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) estabelece o processo formativo no ensino superior por meio da reconfiguração das matrizes curriculares vigentes e dos paradigmas acadêmicos. Para cada curso de graduação existe uma Diretriz Curricular Nacional (DCN) para orientar a formação dos profissionais.

Nesse contexto, foi aprovada a Resolução CNE/CES N°3, de 7 de novembro de 2001, que institui as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem. Esse documento define questões relacionadas ao processo formativo do enfermeiro como os princípios norteadores, fundamentos e procedimentos necessários para a formação de um profissional generalista, eticamente subsidiados, crítico, reflexivo e com capacidade técnica, científica e humana de intervir nos problemas/necessidades de saúde da população (SILVA *et. al*, 2010).

A referida Resolução expressa o necessário compromisso que a formação em Enfermagem precisa assumir para com a Reforma Sanitária Brasileira e com o SUS:

O processo e formação da(o) enfermeira(o), na contemporaneidade, se constitui num grande desafio, que é o de formar profissionais com competência técnica e política, dotados de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, devendo estar capacitados para intervir em contextos de incertezas e complexidade (BRASIL, 2001, p. 181).

Como desafio ao ensino de enfermagem na atualidade ressalta-se a articulação teoria e prática, a qual implica no desenvolvimento de ações pedagógicas que extrapolam os muros das universidades e instituições de ensino. Para tanto, é preciso possibilitar ao aluno a vivência em realidades concretas nas quais são produzidos os espaços intercessores de produção do cuidado. É necessário ao aluno participar ativamente, durante o processo formativo, dos espaços reais de atenção à saúde de modo a constituir-se como o canal que liga o mundo do ensino e o mundo do trabalho (SILVA *et. al*, 2010). Nesse sentido, o desenvolvimento de competências profissionais perpassa a viabilização de experiências e oportunidades pedagógicas que ultrapassam a esfera cognitiva e técnica do conhecimento (SILVA *et. al*, 2010).

A análise dos aspectos profissionais envolve a percepção que os sujeitos secundários têm sobre o cotidiano de trabalho do enfermeiro no que se refere às dificuldades e facilidades com as quais se depara.

Na perspectiva dos sujeitos secundários a despeito da reconhecida importância e centralidade do enfermeiro na consolidação da ESF, percebe-se uma contradição: o enfermeiro, profissional sobrecarregado de atribuições cuja ausência tornaria inviável o funcionamento do trabalho, não possui sala para atendimento de enfermagem em nenhum dos centros de saúde que foram cenários deste estudo. Essa dificuldade é, inequivocamente, apontada como relevante aspecto que prejudica a atuação do enfermeiro e se revela como um paradoxo para cujas providências a gestão precisa se mobilizar para realizar.

Então, espaço físico também, por que elas não têm uma sala, para falar assim: a sala da enfermagem. Hoje nós estamos em um espaço difícil, que nós também como ACS não temos, mas elas que estão dentro do centro de saúde, assim ACS não tem necessidade, por que não está no centro de saúde o dia todo, mas as enfermeiras estão. Elas precisariam de um lugar para elas (ACS 1)

Aqui a realidade no nosso centro de saúde, o que atrapalha é a falta de espaço, não tem espaço para atender, não está tendo sala, às vezes atende no corredor. No momento, o que atrapalha mesmo é a falta de recurso de forma física para estar atendendo a pessoa (ACS 3).

Olha, do dia-a-dia no nosso setor hoje aqui, nesse centro de saúde, facilitaria muito se o enfermeiro tivesse uma sala, um local físico, ajudaria bastante o enfermeiro. Ele poderia desenvolver muita coisa que aqui ele é limitado, ele precisa desenvolver, mas por causa de espaço físico não desenvolve (TE 3).

Aqui no nosso posto de saúde a questão de espaço físico, as vezes é conflitante (ACS 2).

Aqui, no nosso centro de saúde, às vezes é o espaço, a enfermeira não tem a sala dela própria. Às vezes ela pega a sala de ginecologia, às vezes, entendeu? Atrapalha muito ela desempenhar, desempenhar o papel dela (ACS 5).

Nauderer e Lima (2008) afirmam que a organização e a estrutura do sistema de saúde influenciam o trabalho dos enfermeiros de forma que “(...) muitos elementos da micropolítica do processo de trabalho e das dimensões organizacionais e macroestruturais dificultam o desempenho previsto para o enfermeiro na ESF” (OLIVEIRA *et. al*, 2009, p. 2).

O que se percebe pelos depoimentos é que o cotidiano de trabalho da saúde da família é marcado por diversos atravessamentos que constituem desdobramentos de questões relativas à macropolítica. Conforme as anotações no diário de campo utilizado na coleta de dados do presente estudo “a estrutura física caracteriza-se por adaptações e improvisos que exigem muita criatividade para que sejam garantidas as prerrogativas de universalidade, integralidade e equidade que fundamentam o SUS” (DIÁRIO DE CAMPO, p. 15). Outro fator dificultador dos sujeitos secundários se refere à implantação do Acolhimento com Classificação de Risco por meio de Protocolo de Manchester.

O acolhimento constitui uma atividade paradoxal no cotidiano de trabalho do enfermeiro dado que proporciona alto grau de resolutividade destes profissionais os quais possuem autonomia e auto gerência para as tomadas de decisões quanto conferindo visibilidade a estes profissionais. Contudo, o acolhimento consome o tempo dificultando a realização de atividades e o alcance de metas quantitativas e qualitativas das atribuições específicas da ESF.

Embora o acolhimento traga para a vitrine a ação e resolutividade na condução de casos clínicos por outros profissionais que não somente o médico, pode se transformar em instrumento de poder e regulação do acesso à consulta médica. Ou seja, o enfermeiro passa a ser visto como aquele a quem é conferido o poder de decidir pela conquista da consulta médica. Essa percepção deturpa o papel do enfermeiro perante a comunidade e não explicita de fato a essência de seu trabalho.

Com relação à atuação do enfermeiro no acolhimento Bertonicci (2011, p. 77) afirma que “investem muita energia e conhecimento na atividade assistencial, mas a forma como é realizada contribui pouco para dar visibilidade ao que é o trabalho de enfermagem (núcleo profissional) e o impacto que poderia causar na produção da saúde”. Assim, o enfermeiro da ESF assume o acolhimento e o Protocolo de Manchester para atender a demanda espontânea colocando em segundo plano as atividades específicas do seu núcleo profissional.

Destaca-se a diferença na organização do processo de trabalho dos médicos e enfermeiros. Os médicos possuem uma equipe de apoio que é referência para atendimento no Protocolo de Manchester, possibilitando aos médicos de saúde da família dedicarem-se às atividades previstas para a estratégia.

Até o Manchester agora tem as médicas de referência do manchester, alguns o generalistas, clínicos gerais, atende, mas tem os médicos que ficam específico com o Manchester (ACS 7).

Já os enfermeiros não possuem essa equipe de apoio fazendo com que sua análise da implantação da classificação de risco revele apenas sua face negativa. O depoimento de TE 4 revela as duas faces que a implantação do Manchester assume na APS, contemplando uma visão que explicita seus aspectos negativos e positivos:

E agora, outra questão que eu acho que vai aproximando mais, que tem dois lados que é a classificação de risco que é o enfermeiro que faz. Embora eu acho que a ESF perde um pouco isso. Porque agora atende a comunidade inteira e, às vezes, quando você fazia o atendimento pela equipe você tinha um conhecimento maior das pessoas da sua área e, principalmente aqui, porque as pessoas mudam muito de casa. Então, elas continuam dentro da comunidade. Mas, às vezes, ela sai de um equipe para a outra por conta da mudança de endereço. Então, acho que vai se perder um pouco. Porque a gente começou a fazer um vínculo maior com essa comunidade, nas visitas, no acolhimento, que a gente chamava de acolhimento na época que é um atendimento da equipe, que eu chamo assim, o atendimento da equipe que, antigamente, a gente chamava de acolhimento, que deu-se o nome de acolhimento. Então assim, até diminui muito aquela postura acolhedora, que tinha que fazer uma postura acolhedora. Mas, agora é uma classificação de risco que é uma coisa assim mais fria também, é uma coisa técnica. A gente tenta humanizar um pouco isso, mas, a classificação de risco é uma coisa técnica. Tem seu lado bom porque veio como uma ferramenta para a enfermagem. Eu acho que dá uma segurança também porque você tem uma ferramenta ali que tá te protegendo até de um processo, alguma coisa (TE 4).

A pesquisa realizada por Silva *et. al* (2012) apresenta a face positiva do Protocolo de Manchester. A investigação teve por objetivo conhecer a percepção de profissionais de

enfermagem de uma unidade básica de saúde sobre a implantação da classificação de risco na APS. As autoras encontraram como resultado uma percepção mais otimista com relação à introdução da classificação de risco como dispositivo de organização da demanda espontânea na unidade. Afirmam, que “a classificação de risco possibilitará um atendimento humanizado, ágil e de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários, além de trazer melhorias para o serviço” (SILVA *et. al*, 2012, p. 228).

No presente estudo apenas um técnico de enfermagem reconheceu a dimensão positiva desse dispositivo de organização de processo de trabalho, mas sem desconsiderar sua face negativa para o trabalho em saúde da família. Infere-se que o Protocolo de Manchester representa uma estratégia para responder de forma pontual às lacunas estruturais de um sistema de saúde que não viabiliza as condições para ser aquilo que se propõe.

De forma convergente à perspectiva dos sujeitos nucleares, os sujeitos secundários reconhecem o trabalho em equipe como importante ferramenta na saúde da família facilitando o trabalho do enfermeiro neste cenário de atuação, conforme evidenciado nos seguintes depoimentos:

Eu acho que seria a equipe, a equipe como um todo, os auxiliares, médicos, todo mundo do centro de saúde. Eu acho que facilita ao serviço desenvolver melhor (TE 2).

Eu acho que é a equipe, acho que a equipe tem que trabalha em conjunto, tem que falar a mesma língua, por exemplo: Uma equipe faz de uma forma, a outra faz de outra, e a outra também faz de outra, e aí o centro de saúde não vai caminhar como deve caminhar, eu acho que uma linguagem única no centro de saúde vai fazer a diferença né, e que isso também atrapalha um pouco na hora (...). O vínculo com a equipe depende de um respeitar o outro, eu acho que isso é muito importante também pro enfermeiro, quanto pra qualquer profissional de saúde, precisa de ter o vínculo, ter respeito uns com os outros. Não ter conversinhas, essas coisinhas que infelizmente acontece quando tem muita gente trabalhando num mesmo lugar, então eu acho que é uma das coisas (ACS 1).

Nos discursos dos sujeitos secundários o ACS é considerado como elemento fundamental para o trabalho do enfermeiro na ESF ao possibilitarem a aproximação do enfermeiro com a realidade das famílias e da comunidade. Ser este elo faz com que o ACS seja fundamental para que o trabalho do enfermeiro na saúde da família seja realizado:

Eu acho que facilita muito na equipe de saúde da família é esse intercâmbio de equipe mesmo, enfermeiro-ACS, enfermeiro-auxiliar. Então assim o ACS

é o agente primordial que eu entendo aqui na saúde da família, por que ele tá lá direto com o paciente todo dia. Então é esse intercâmbio do ACS e do paciente e o primeiro contato é com o enfermeiro, então eu acho que isso ajuda bastante (TE 3).

Nós [ACS] que viemos lá dá casa né, que trazemos o problema que eles não estão vendo, a facilidade que ela tem mesmo de contar com a família, uma consulta que ela tá marcada no mesmo dia a gente consegue entregar (ACS 3).

Seria o ACS que a gente faz busca ativa, a gente traz informação, a gente leva informação, por que se o enfermeiro fosse fazer as visitas, todas as visitas eles não dariam conta. Então o ACS facilita muito a atualização do enfermeiro. O enfermeiro fica sabendo de tudo que acontece nas áreas pelos ACS's (ACS 7).

De forma sintética, a análise da identidade virtual dos enfermeiros de saúde da família permite que sejam feitas algumas considerações. A análise dos depoimentos dos sujeitos secundários sobre os atos de atribuição ligados aos enfermeiros de saúde da família permitiu a identificação de uma imagem predominantemente valorativa por parte desses profissionais.

A respeito dos atos de atribuição valorativos, é possível observar sua relevância na construção da imagem social do enfermeiro de saúde da família destacando-se questões relacionadas à competência técnico-científica do enfermeiro, bem como seu envolvimento com o trabalho, expressando conquistas de espaço profissional.

O enfermeiro de saúde da família é considerado elemento central para a efetivação e consolidação da ESF. Verifica-se a ênfase que lhe é atribuída no que se refere ao papel de liderança e coordenação da equipe, assim como o domínio global sobre todas as ações que são realizadas na ESF. É reconhecido, neste profissional, o olhar sistêmico sobre todos os processos que permeiam a saúde da família.

Houve, pois, por parte dos profissionais que atuam na equipe de saúde da família a percepção valorativa sobre o enfermeiro que atua na saúde da família e o trabalho por ele desenvolvido. Sinaliza, dessa forma, supremacia dos atos de atribuição positivos em detrimento da imagem negativa. Assim, os atos de atribuição valorativos foram destacados nos aspectos profissionais e relacionais.

Este estudo ganha especial relevância por considerar o discurso dos sujeitos que interagem no cotidiano com o enfermeiro e que são fundamentais para a construção identitária deste enfermeiro, bem como para a compreensão dessa construção.

4.1.4 Relacionamento interpessoal e construção identitária

A socialização, segundo Dubar (2005), ocorre por meio da interação entre os sujeitos constituindo-se como um processo que não se dá de uma só vez mas que se desenvolve por meio de negociações permanentes entre os indivíduos. Assim, para compreender como a identidade social se transforma e se reconstrói é preciso analisar como ocorre o processo de socialização uma vez que a identidade é produto das relações sociais estabelecidas ao longo da vida dos indivíduos. Guhur (2009) afirma que as relações interpessoais correspondem a uma das estratégias que o indivíduo dispõe para constituir-se como sujeito na realidade social.

Destaca-se que o estudo de identidade social engloba a trajetória de vida, o mundo do trabalho e a identidade relacional expressa por meio das interações estabelecidas no cotidiano de sua vida pessoal e profissional (DUBAR, 2005).

De acordo com Neto e Ramos (2004) a partir de sua pesquisa sobre a construção da identidade do enfermeiro no trabalho, afirmam ser nas relações do cotidiano em um dado espaço e tempo que, como Ser, o enfermeiro se constrói. Em consonância com essa perspectiva, Azambuja (2007, p. 73) afirma que:

O trabalho como espaço de relações, que envolve o ser humano como um todo, com sua capacidade criativa, de pensar, de envolver-se, de mostrar-se, de exteriorizar-se no mundo das relações, o que o torna um ser social, em constante formação e transformação.

As relações encontram lugar privilegiado de expressão do eu e transformação do sujeito por meio das trocas e das negociações que se estabelece. Assim, o estudo de identidade revela o a complexidade da constituição dos sujeitos como singulares e, ao mesmo tempo, sociais. A esse respeito, Cunha e Zagonel (2008, p.413) salientam que:

Antes de ser comunidade, o ser humano é pessoal, particular, reservado, privado. Não é possível ser somente na solidão, o singular é tocado o tempo todo por outro singular e assim nascem os encontros, e desses temos a relação intersubjetiva. Toda relação é um encontro de subjetividades

Nesse sentido, esta seção aborda a visão dos sujeitos nucleares e secundários sobre as relações estabelecidas pelos enfermeiros no cotidiano de trabalho. Optou-se por analisar as visões dos sujeitos nucleares e secundários no mesmo tópico em virtude da aproximação de suas perspectivas. Assim, são analisados o relacionamento do enfermeiro com a comunidade e

com a equipe mediante a visão de todos os sujeitos deste estudo. Por último, discute-se a imagem que o enfermeiro acredita que as pessoas tenham dele.

No que diz respeito ao relacionamento com a comunidade percebe-se que há uma linha tênue que separa um bom relacionamento de um relacionamento insatisfatório. Essa relação se apresenta de forma bem delicada uma vez que existem questões para cujas respostas o enfermeiro não tem governabilidade. O desafio é fazer com que a população entenda essas limitações. Além disso, é um relacionamento que exige a habilidade de se conciliar profissionalismo e afetividade de forma harmônica:

Oh! O relacionamento é bom, né? É tranquilo. Mas desde que você só faça o que eles precisam. Se tiver algum obstáculo, aí você já vira inimigo. É um relacionamento que você tem que ter muito cuidado. Você tem que estar prestando atenção nas coisas. Ser profissional, sem deixar de lado a afetividade, o cuidado. Mas você tem que observar isso porque, às vezes, você deixa de fazer uma coisinha pra eles, você vira inimigo. Mais é bom. O vínculo é bom, a gente consegue fazer o vínculo, consegue ser reconhecido. Não é ruim não (E5)

É tranquilo, às vezes a gente não pode fazer tudo que eles querem que a gente faça e aí tem atrito. Mas de forma geral é tranquilo, mas tem atrito porque a gente não consegue fazer tudo, a gente tem um trabalho limitado né? Às vezes, a gente tem até possibilidade, capacidade de fazer certas coisas, mas a gente tem uma limitação. Então às vezes tem algum atrito porque às vezes as pessoas não conseguem entender que a gente em certas coisas a gente chegou no limite. É a questão do muro que a gente não consegue transpassar (E6).

O relacionamento com a comunidade envolve, necessariamente, a criação de vínculos e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro. Gomes e Sá (2009) definem vínculo como sendo algo que estabelece um elo entre as pessoas, unindo-as e indicando interdependência entre elas. Depende da forma como os profissionais se responsabilizam pelo cuidado com as pessoas do território de sua responsabilidade. Vínculo envolve, assim, postura profissional conforme evidenciado nos depoimentos:

Mas, a partir do momento que você vai fazendo o seu trabalho, vai desempenhando o seu trabalho junto com a comunidade, você vai tendo o reconhecimento da população. Então, a partir do momento, que você está inserido na comunidade, e a comunidade aceita, ela reconhece o seu trabalho e você acaba transmitindo confiança, você vai tendo o reconhecimento, (E2).

Depende do vínculo e do paciente. Algumas famílias você já tem um vinculo melhor então eles já reconhecem seu trabalho como enfermeiro. Outras não! Acha que você é secretária do médico. Então assim, tem essas coisas assim.

Outras te reconhecem como profissional da enfermagem outros não. Mas isso vai depender do vínculo e da história que você vai desenvolvendo com o paciente durante o processo (E1).

Neste posto de saúde eu já estou aqui tem sete anos. Então, assim, ao longo do tempo, fui conquistando o meu espaço e essa conquista desse espaço ela, não vem assim à toa, ela vem com muito trabalho, é com ética, com respeito, com preocupação em fazer o bem dentro do trabalho no exercício da profissão, sempre dá uma resposta melhor para a comunidade. É claro que, nós, não somos perfeitos em tudo. É difícil, não tem como você atingir essa perfeição. Mais, você pode procurar cada dia sempre melhorar. (E2).

Cunha e Zagonel (2008) ressaltam que nas relações interpessoais cada um expressa um pouco de si e revela seus valores e crenças por meio dos modos de agir os quais por sua vez, influenciam o outro tanto positiva quanto negativamente. O vínculo constitui uma prerrogativa da ESF e também um modo de agir profissional que delinea o relacionamento com a comunidade.

O estabelecimento de vínculo requer uma relação de confiança entre o usuário e o enfermeiro. Pode-se inferir, desse modo, que o enfermeiro da saúde da família tem conquistado espaço gradativamente por meio de sua competência profissional que ganha lugar de expressão e consegue atingir reconhecimento, construção de vínculos e um bom relacionamento com a população:

O relacionamento com a comunidade é bom, é tranquilo, é muito bom. Tenho um vínculo muito bom com a comunidade acho que porque já tem sete nos que estou aqui, a comunidade me conhece muito bem, já me tem como referência. Então eles têm muito acesso a minha sala sabe, Então quando eles vem aqui e eles sabem que eu vou poder resolver o problema deles eles já vão direto na minha sala, nem passam no acolhimento, já batem lá: "O enfermeira, será que você resolve isso pra mim?". Isso também bagunça um pouquinho da minha rotina mas isso eu não acho que eu deveria privar eles disso não. Por exemplo, não ter que passar pelo acolhimento para chegar em mim, não! Eu acho que esse acesso já facilita bastante a vida deles. Por exemplo, tem muito paciente de saúde mental que é paciente de difícil adesão, e paciente complicado e que a gente conseguiu muitos resultados com eles por essa questão de ter fácil acesso, porque às vezes é um paciente que se precisar passar pelo acolhimento ele não vai sentar ali e esperar o acolhimento pela própria psiquê dele ele não vai sentar ali e esperar o acolhimento. Ele vai lá na minha sala, já senta um pouquinho comigo, já conversa, mesmo se não sou eu que vou resolver o problema daquele dia (E7).

Conforme evidenciado no depoimento de E7 o vínculo com a comunidade e com os usuários facilita o acesso ao serviço de saúde. A partir do vínculo o usuário reconhece o profissional como referência no centro de saúde e é a ele que procura quando alguma necessidade de saúde está afetada. Da mesma forma, o profissional de saúde, a partir do vínculo construído, conhece a história do usuário, suas condições clínicas e seu contexto de vida.

A população, hoje já reconhece, ela já sabe quem que é o médico, ela já sabe quem que é o enfermeiro, ela sabe quem que é o agente comunitário de saúde, ela sabe quem é o auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem. Então, ela sabe hoje, a população sabe a posição de cada um, sabe, assim, a atividade de cada um (E2).

Importa ressaltar que uma expressão da identidade do enfermeiro na saúde da família se refere ao reconhecimento profissional por parte da comunidade. No que tange o processo de construção histórica da profissão, esse achado revela indícios de ressignificação de um papel profissional que tradicionalmente tem ficado nos bastidores dos serviços de saúde, possuindo certa invisibilidade. Na saúde da família, ao que sugerem os depoimentos, tem existido um movimento de transição de uma posição de menos valia para outra que lhe confere reconhecimento e valorização pela comunidade.

Tanto é que quando a gente faz as atividades, quando são atividades com o enfermeiro já é colocado: "Você vai vir e tal, a consulta é com o enfermeiro fulano de tal." Você vai fazer uma prevenção e tudo, o profissional está lá escrito, é o enfermeiro E2. A pessoa já sabe, que é o profissional de enfermagem que vai fazer, né? É claro que ainda, tem umas pessoas que ainda não tem o conhecimento todo, outros, por questão de ignorância, de formação mesmo cultural, de menor estudo, realmente ainda confunde um pouco essa questão do profissional (E2).

E2 reforça que em algumas situações nas quais o enfermeiro não é reconhecido na equipe entre membros da comunidade o mesmo se dá em decorrência de limitações culturais e educacionais da população.

Esta confusão de papéis profissionais, além de estabelecer interface com aspectos educacionais traz elementos relacionados à própria conformação histórica da enfermagem e da medicina. Historicamente, a primeira sempre teve como traço característico a predominância do sexo feminino e a segunda, contrariamente, a hegemonia do sexo masculino.

Mais é a questão também, que isso é uma questão antiga, que quando profissional enfermeiro é homem, né? Eles entendem que isso é, na

enfermagem a maioria tudo é mulher, só mulher, então quando encontra com o homem eles acham que é doutor. Eu falo assim: "Não, eu sou enfermeiro" (E2).

Atos de atribuição depreciativos também foram encontrados nos discursos dos sujeitos secundários no que se refere ao reconhecimento do enfermeiro pela comunidade, a despeito de sua importância para a consolidação e fortalecimento da ESF

Não reconhece por que eles querem, eles chegam no centro de saúde e o enfermeiro para eles não é ninguém, eles querem o médico, eles não querem saber. Mas eu tenho que explicar por que pra mim eu trazer minha filha aqui vale muito mais o enfermeiro estar olhando, vira o menino e pega o menino e olha e põe pra pesar, e põe a mãe pra poder colocar o peito na boca direito. E às vezes eu não vejo o médico fazer isso e aí é muito melhor está uma enfermeira ali cuidando. Mas é a minha visão, não é a visão que eles têm. Então eles não sabem ler, não sabem escrever, não sabem nada, tem uma cultura deles, não estão nem aí, "Eu quero o meu atestado, eu quero remédio por que se não tiver remédio não tem cura". E aí eu vejo o trabalho do enfermeiro que vai lá faz palestra, faz grupo operativo, e explica e pega menino por menino pra puericultura, e olha e pesa e mede, e sabe aquele trabalho que você vê está tão dedicado e que a mãe vira e fala assim: "Mas eu quero passar no médico" (ACS 1).

E aí ela não pode fazer nada, entendeu? Então eu percebo que ninguém, muita gente não valoriza. A enfermeira graças a Deus, como ela faz o preventivo, muitas mulheres preferem fazer preventivo com ela do que fazer com o médico, né? Mas por quê? Uma amiga veio fez com ela e aí foi passando e aí aceitou a população. E aí foi de boca em boca, aí você sabe né? Falou uma coisa aqui a favela toda está sabendo né? Então foi aí que acontece isso, e às vezes nós mesmos orientamos. E aí nós vamos tentando abrir um pouco a mente deles, mas mesmo assim, "mas eu quero passar no médico", e aí? (ACS 1).

Eles [a comunidade] confundem muito o enfermeiro com o médico. Eles acham que o enfermeiro é igual o médico. Já chegam assim "Ah, mas aqui, eu estou com isso, isso e isso" que é coisa clínica e que era para o médico. Então tem essa distorção! (ACS 5).

Os aspectos culturais retratam traços relevantes de características da sociedade ao revelar valores e pressupostos básicos que subsidiam os modos de ser dos sujeitos e constroem a realidade objetiva. Segundo Minayo (2004, p. 15)

Cultura não um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o lócus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado.

O maior tempo de atuação do enfermeiro na ESF proporciona a construção de vínculos com a comunidade. A partir desses laços, há um reconhecimento de como as ações do enfermeiro podem impactar positivamente na vida da comunidade. Percebe-se, um movimento de ruptura, mesmo que sutil, da cultura hegemônica que tem no médico o único profissional competente para responder às necessidades de saúde da população:

Igual eu te falei no início, a [enfermeira] tem um bom tempo de casa então ela tem uma relação muito boa com os usuários. Eles já conhecem ela pelo nome, ela conhece vários pelo nome, então tem uma relação muito boa, aceitação muito boa dos usuários em relação à enfermagem (ACS 7).

Pelo menos, assim, a minha enfermeira é querida. Todo mundo procura ela, toda hora tem alguém ligando pra ela. Tem muitas pessoas ainda resistentes. Mas é aquelas que trabalham, sai pra trabalhar seis horas da manhã e chega oito horas da noite. Então você fala com eles da enfermeira eles: "Quem é enfermeira fulana?", ai eles não sabem, porque sai o centro de saúde não abriu e volta o centro de saúde está fechado. Mas o restante todo mundo, gosta, trata super bem (ACS 5).

Olha, hoje eu vejo, com o PSF o relacionamento do enfermeiro com a comunidade é muito próximo, principalmente, com as pessoas que mais frequentam a unidade que são as mulheres e as crianças. Porque, ainda mais na nossa comunidade, que muitas até engravidam, muito precocemente e tudo, então o que que acontece? A enfermeira que lida com o pré-natal e o enfermeiro depois vai fazer a puericultura do bebê, vai dar as orientações do primeiro dia que a enfermeira vai olhar o bebê. Então isso, aproximou muito da comunidade (TE 4).

Alguns que não frequentam tanto falam: "Ah doutor". Mas a gente vê com muito respeito, eles tem confiança no enfermeiro, vêm como um pessoa próxima a eles. Muitos vem procurar pra poder: "oh eu tô precisando de falar com você". Então às vezes ele vem nominalmente procurando a enfermeiro porque tem esses vínculos mesmo. Eu acho que tem a construção do vínculo. Muitas vezes alguns já conseguiram perceber que nem sempre o médico é, que precisa do médico para resolver tudo. Apesar de que ainda existe, por causa da nossa cultura que o médico resolve tudo mas, eu acho que já tem uma mudança na, o nutricionista também ajudou muito nisso, que dá resultado, vai na academia da cidade. Então, isso ajudou um pouco. Eu acho que o trabalho do enfermeiro talvez eles não tenham essa noção função realmente do enfermeiro, mas, eles tem confiança e eles procuram o enfermeiro (TE 4).

Resume tudo: Tia, a enfermeira, tá ai? Todo mundo procura. Até uma procura excessiva, sufoca ela. Sobrecarrega demais da conta. Entendeu? É muito amor, né. Eu adoro o amor, lógico que eu adoro, mas essa coisa assim, de escutar demais da conta. E essa é uma grande característica dela que é te ajuda mesmo. Ela nunca te fala não. Ela vê se dá um jeitinho de te escutar," espera ai um pouquinho" Acabou as fichas do acolhimento, ela preocupada, espera um pouquinho que eu vou te atender. Então, assim, jamais o paciente sai sem resposta. O paciente sai com a resposta com ela. Ai ela fica apertada,

põe pra lá, põe pra cá, mas ela toma uma atitude. Por isso que é tia enfermeira, sabe. Por isso que é tia enfermeira.

O reconhecimento do trabalho do enfermeiro pela comunidade depende da postura pessoal deste profissional, (seu comprometimento ético e competência política, técnica e relacional) e de um processo amplo de transformação da sociedade no que tange a melhorias no acesso à educação e cultura. A Enfermagem é uma prática social cujo fazer tem implicações na organização da sociedade como um todo podendo transformá-la e também sendo por ela transformada.

Quanto ao relacionamento do enfermeiro com a equipe, em linhas gerais, é considerado por ele como um bom relacionamento. A dificuldade maior se encontra na relação com o ACS por não ser possível exercer sobre ele uma supervisão adequada:

[Relacionamento] Com a Equipe? Bom, eu tenho dificuldades com os ACS. Então, é um trabalho muito, assim solto. Já que nós não podemos ficar andando atrás deles. Eles têm que ter maturidade e responsabilidade para estar fazendo o serviço direito. Então, eu tenho dificuldade, mais com os ACS. Esse trabalho solto do ACS é que não está muito bom. (E5)

De modo geral, o relacionamento dos enfermeiros com os membros da equipe se apresenta de forma harmônica, convergente com o olhar dos próprios enfermeiros sobre este relacionamento. No que se refere ao relacionamento do enfermeiro com o médico, na perspectiva do médico, é um relacionamento bom mediado pelo diálogo e pelo respeito aos respectivos saberes profissionais:

Então, na minha realidade é muito bom. A gente interage assim: cada um respeita o espaço e ao mesmo tempo gente compartilha a coisas que tem em comum. E tem muitos anos, a gente tem 10 anos de Saúde da Família e antes eu já trabalhava como pediatra. De vez em quando tem dificuldades, por que as pessoas às vezes pensam diferentes em determinadas coisas. A gente conversa, pode ter algumas divergências e conversa pra chegar num acordo, mas isso é pouco. Na maioria das vezes é tudo bem tranquilo. Agora no outro centro eu não sei te dizer. No meu caso é muito boa a relação (M1).

Mesmo tendo esse papel de cobrança, o enfermeiro consegue estabelecer interação satisfatória com a equipe o que facilita o processo e trabalho:

Eu acho que em linhas gerais é um bom relacionamento, é melhor com alguns, pior com outros. Mas eu vejo que não pode ser muito diferente do

que é porque a gente está em um papel de cobrança na maioria das vezes. Então é pelo tanto que eu cobro e pelos embates que às vezes a gente tem, eu cobro e não traz então eu tenho que chamar a atenção. Eu acho que considerando esse contexto todo é até bom sabe. Mas passa muito por essa questão da gente ter que supervisionar, essa questão da gente ter que cobrar o tempo inteiro. Mas em geral, não tem ninguém assim que eu não converse, que eu não tenha a liberdade de chegar e de falar "oh, você tem que fazer isso e isso" (E7).

No que se refere ao reconhecimento da importância do enfermeiro na ESF, o mesmo apresenta duas faces: uma que revela a confiança da equipe no seu trabalho e outra que expressa o modo de ser centralizador do enfermeiro que, em certa medida, proporciona a demanda excessiva de trabalho para si:

A equipe reconhece muito porque demanda muito e, assim, procura porque acredita que vai ter a resposta. Todo mundo, todos! Acho que assim, tudo porque o enfermeiro centraliza tudo, vai todo mundo atrás né. Morro de dó, porque trabalha mais, tem um abuso também. Acho que o enfermeiro tem que saber falar não. Eu falo com os enfermeiros que trabalham aqui, que ela tem que por um limite pra ela sobreviver, que eu acho que tem muita coisa que pesa. Tem gerência que é o trabalho burocrático, o médico que quer que atenda uma orientação com diabético, o ACS tem outra demanda, aí vai. Acho que é muito pesado e que é tumultuado. E que tem que por o limite. Porque? Se for abraçar o mundo todo o trabalho não vai ser bom. Acho que ele tem que saber as ações até que ponto que vão, até que onde delegar. Que também o enfermeiro gosta de ser também um pouquinho controlador, um pouquinho não, muito controlador. Que assim é bom de certa maneira. Mas tem que delegar também (M1).

O depoimento sugere que o enfermeiro precisa desenvolver a capacidade de filtrar as demandas que assume para si, compartilhando mais os serviços com os demais membros da equipe para preservar sua integridade como sujeito.

No que tange ao relacionamento com o ACS destaca-se a existência de uma relação mediada pela confiança e comprometimento mútuo. Características pessoais do enfermeiro tais como compreensão e postura acolhedora contribuem para que essa relação seja considerada boa e para que sejam construídos vínculos entre eles:

Ela é uma relação bem próxima, por que um tem que confiar no outro, então à informação que o ACS trás, o enfermeiro tem que confiar do mesmo jeito que a gente tem que confiar nele quando ele passa alguma coisa pra gente. Então é uma relação de troca mesmo, um feedback, vai e volta, então é uma relação muito boa. A confiança, e o comprometimento entre um e outra é muito grande. Não só em relação a mim, mas em relação às outras ACS

também. [A enfermeira] é aquela enfermeira boazinha que põe no colo, mas quando puxa sua orelha puxa também (ACS 7).

Ah, eu falo pela minha enfermeira, que a gente se dá super bem. Ela é uma pessoa compreensiva, que ajuda a gente bastante na hora que a gente precisa, tira todas as dúvidas. Então, a gente tem um vínculo muito bom (ACS 5).

A respeito do relacionamento do enfermeiro com o técnico de enfermagem. na perspectiva do TE evidencia-se a existência de um bom relacionamento. O que todas as categorias profissionais trazem em comum é a relação entre bom vínculo com os enfermeiros e características pessoais do enfermeiro mediando essa interação:

Eu não tenho nada a reclamar... Pelo contrário, ela não é só supervisora, é conhecedora, é amiga e tudo mais. Existe uma boa relação. E com a abertura também de você questionar também. Bom que isso amplia mais possibilidade da gente e vem a facilitar o trabalho da gente Então eu gosto muito. Eu gosto muito da minha enfermeira. (TE 5).

Assim, quando existe afetividade no encontro entre os profissionais, construindo inclusive relações de amizade, há uma melhor interação e conseqüentemente, o trabalho é realizado de forma ágil e com mais fluidez. A afetividade é entendida por Guhur (2009) como elemento que permeia as relações e constitui-se como canal de comunicação que permite conhecer o mundo das representações e dos símbolos, participando assim da construção do sujeito.

Se a postura do enfermeiro, entretanto, se sustentar sobre uma lógica hierárquica, a relação apresenta ruídos que comprometem a harmonia do trabalho em equipe:

Olha, aqui nesta unidade é uma unidade que assim, igual eu estava falando com você que eu já estive em outras unidades da prefeitura. Então, essa unidade, ela é uma unidade que assim, ela difere um pouco das outras, a equipe tem uma relação muito boa, todos os profissionais, todo mundo, desde o porteiro até a faxineira, a gerente, todos tem uma relação muito boa, sabe? A equipe tem uma relação muito boa. Agora, eu já passei por centro de saúde que tem o enfermeiro que às vezes não tem aquela relação mais distante, tem uma distância um pouquinho maior. Talvez nem tão autoritária mas assim, “Eu sou enfermeira, eu sou diferente de você”. E existe isso dentro da própria equipe de enfermagem. Então, assim, às vezes a gente fala que a equipe tinha que ser mais unidade porque todos fazemos parte da enfermagem mas, as vezes, a gente vê o enfermeiro, as vezes ele tenta se colocar num outro lugar, acima né?! E na equipe somos todos, todos dependemos uns dos outros e cada um com a sua função (TE 4).

A identidade relacional é composta ainda pela análise da imagem que os enfermeiros acreditam que as pessoas tenham dele. A construção de si empreendida pelo enfermeiro possui interfaces com a visão que os enfermeiros esperam que as pessoas tenham dele. Com

relação à sua imagem aos olhos dos membros da equipe, a enfermeira acredita que os profissionais a enxergam como alguém autoritária, que impõe ordens e age com rigor:

Você viu meu comportamento na reunião? Às vezes, eu chamo atenção. Às vezes, eu acho que incomodo eles com esse mandonismo meu. Então, por exemplo, eles deixam de fazer as coisas. Já aconteceu várias vezes de eu querer mandar embora um ACS (E5)

A mesma enfermeira justifica essa postura sob a alegação da necessidade de cobrança quanto ao andamento do trabalho para que seja alcançada a resolutividade nas ações da equipe. Entretanto, acredita que além do reconhecimento de sua postura de mando e autoridade, os profissionais percebem seu jeito generoso de ser:

Eu sou muito de cobrar. Eu cobro, eu cobro, porque eu quero que as coisas resolvam né? Eu que já sou tida como mandona, mas também como generosa (E5).

Por se reconhecida como generosa, a enfermeira afirma que sobre ela recaem todos os problemas que os profissionais não conseguem resolver, uma vez que os profissionais acreditam que podem contar com ela para o que for necessário. O reconhecimento do enfermeiro como uma pessoa que tudo pode resolver faz com que aumente a demanda de atividades e a sobrecarrega:

Ah! Eu não sei, eu acho que eles pensam que a gente pode resolver tudo, que a gente pode tudo! Eu acho sabe, eles pensam que a gente pode tudo tem hora. Porque tem hora que a gente não aguenta o volume de solicitações. E a própria equipe, eu brinco assim, se fosse um bombom você não me daria como é um abacaxi você manda pra mim, entendeu? A própria equipe, às vezes, está fazendo uma coisa, o auxiliar está fazendo uma coisa, quando ele vê que embola, quando complica manda para o enfermeiro. O enfermeiro tem o papel de que vai resolver o problema. Pode conta com ele (E5)

E6 faz uma distinção entre a visão que possuem como profissional no seu mundo particular da visão que acredita que tem dela os profissionais de sua equipe não entendi a frase. Na esfera pessoal percebe a permanência do discurso depreciativo que entende a enfermagem como uma medicina incompleta. Em contrapartida, no ambiente de trabalho acredita que os profissionais a reconhecem como alguém comprometida e muito exigente, empenhada na transformação da realidade:

Olha, complicado. Eu acho que as pessoas, na minha vida particular, eu acho que eles pensam assim: ela é enfermeira, quem sabe ela estuda mais um pouquinho para ser médica. Agora no meu trabalho: eu acho que no meu trabalho acho que as pessoas me vêem como muito exigente, talvez durona demais, é muito difícil falar o que os outros acham da gente! Acho que eles me enxergam também como uma pessoa comprometida, mas acho que eles não conseguem enxergar muito bem esse lado, acho que eles preferem me ver como durona demais. Mas eu acho que têm pessoas que vêem também que eu quero mudar alguma coisa, pessoas que percebem que eu não sou enfermeira por acaso (E6).

A respeito da visão depreciativa da enfermagem Merighi (2002) em pesquisa sobre relações de poder na enfermagem afirma que os enfermeiros reconhecem o condicionamento cultural que ainda persiste no imaginário popular. Este aspecto cultural constitui, para a autora, uma categoria concreta do cotidiano que impacta na vida dos enfermeiros ao propiciarem sentimentos de angústia e frustração com a profissão. Em contrapartida, a conquista de autonomia possibilita mudanças nessas categorias concretas, ressignificando a relação do enfermeiro com a profissão.

A despeito do reconhecimento profissional da comunidade, o enfermeiro ainda se depara com a clássica indagação a respeito da comparação da Enfermagem com a Medicina, como se a primeira fosse uma parte incompleta da última. Essa situação revela resquícios de uma representação negativa do enfermeiro que minimiza seu potencial e o coloca em posição de submissão ao médico. Entretanto, o depoente revela que mesmo presente, essa situação se manifesta em menor proporção se comparada ao reconhecimento profissional do enfermeiro:

E um ou outro ainda te pergunta: "você sabe tanto, porque que você não quis formar para medicina?" Eu sempre falo: "Não, eu estou satisfeito na minha profissão, eu estou muito realizado nela e tudo que eu tenho até hoje, foi graças a enfermagem", né? Então, acaba reconhecendo. Mais em geral, diria que mais de 90% reconhece o papel do enfermeiro na saúde da família (E2).

A comparação com o profissional médico assume ainda uma face de reconhecimento profissional. O depoimento sugere que uma forma que a comunidade tem de reconhecer o potencial de intervenção do enfermeiro é comparar sua capacidade com a do médico. Assim, uma forma de dizer ao enfermeiro que ele é um bom enfermeiro é dizendo que ele é igual ao médico. Essas situações fazem com que o enfermeiro reforce seu papel e sua identidade:

Aqui no centro de saúde a população te valoriza muito. Tanto que às vezes eles falam: "ah, você sabe isso, faz isso para mim, consegue isso para mim". Eu falo, não sou médica, eu sou enfermeira, quem tem que te prescrever é o

médico. Eu não posso te prescrever. "Ah, mas parece que você sabe igual ele". Eu falo: Mas não é minha função, o conhecimento que eu tenho é para estar orientando você, não é para estar curando. Então orientando e às vezes assim em um curativo é para estar curando mesmo, mas nessa parte de doença quem vai te ajudar é o médico. Então é muito reconhecido, mas eu acho que a população geral não (E3).

Os enfermeiros acreditam que o legado cultural que confere ao enfermeiro uma imagem de médico frustrado ainda permanece no imaginário da população. A forma com que a população manifesta sua satisfação pelo atendimento do enfermeiro é expressando a equivalência entre realização de um bom trabalho e ser médico. Dizer que o enfermeiro é competente é o mesmo que dizer que ele está apto ser médico. Essa realidade faz com os enfermeiros de saúde da família reforcem, no seu cotidiano, não apenas sua escolha profissional, mas reforcem a perspectiva de que ser enfermeiro não é ser menos competente. Significa uma escolha profissional legítima que exige competência e que lhe confere realização:

E tem muito aquela questão do enfermeiro ser o médico frustrado. Isso eu escuto direto: "ah, você é uma ótima enfermeira, você vai fazer medicina?" Então direto, às vezes, até os próprios pacientes aqui, quando eles se sentem bem atendidos, acho que uma forma que eles acham de agradar: "nossa você é muito boa, você vai fazer medicina?" Eu falo assim: "não, eu sou muito bem realizada em enfermagem, nossa eu adoro enfermagem, se eu fosse ser qualquer outra profissão, eu seria engenheiro, qualquer coisa, médico eu não seria! Eu adoro ser enfermeira, sou muito bem realizada na minha profissão". Aí eles já não repetem essa fala com você mais, entende? Ele vê que aquilo para você é importante para você ter feito aquilo, é o seu trabalho (E7).

A imagem que os enfermeiros acreditam que os outros profissionais tenham dele está relacionada ao reconhecimento da importância de sua atuação na ESF. Contudo, os enfermeiros acreditam que são vistos com certa compaixão pelos demais profissionais?. Assim, os enfermeiros percebem sua desvalorização profissional por meio dos salários incoerentes com as responsabilidades que lhes são postas e que assumem no centro de saúde, as quais são reconhecidas pelos profissionais da equipe:

Ah, a enfermagem é muito necessária no centro de saúde, praticamente é impossível para os outros profissionais trabalharem sem a enfermagem. Então acho que eles vêem a gente como importante, mas acho que alguns profissionais vêem a gente com dó. Por exemplo, o dentista viu meu contra cheque: "nossa você ganha só isso?" Quer dizer, o dentista, o médico recebem mais que a gente, é doutor né? Recebe mais e a maioria dos outros profissionais também tem o vínculo é menor, 30 horas, 20 horas (E1).

Vale salientar que a enfermeira E7 acredita que existe uma imagem preconceituosa da população com relação a sua profissão. Entretanto, acredita que a comunidade que é atendida pelo centro de saúde não compartilha dessa visão e sabe identificar o enfermeiro, inclusive distinguindo-o do auxiliar de enfermagem.

Eu acho que é muito preconceituosa ainda essa questão da imagem do enfermeiro. Acho que ainda tem muita confusão do auxiliar de enfermagem com o enfermeiro ainda. A população em geral, principalmente a que não frequenta centro de saúde não tem essa noção. No centro de saúde isso é bem marcante, do que é o papel de cada um, mas fora do centro de saúde, quem não frequenta, quem não tem muita vivência, não sabe distinguir quem é o enfermeiro e quem é o auxiliar de enfermagem (E7)

O depoimento de E7 reforça a perspectiva de ruptura com a imagem de submissão que acompanha a enfermagem ao longo da história que tem sido propiciada pela ESF. Como evidenciado neste estudo, a ESF confere maior autonomia ao enfermeiro e estabelecimento de vínculo com a comunidade. Assim, a população que frequenta o centro de saúde reconhece a competência profissional do enfermeiro sugerindo um movimento de mudança da sua imagem perante a sociedade.

Segundo Oliveira *et. al* (2009) a partir da implantação da ESF houve um redimensionamento do papel do enfermeiro trazendo consigo um compartilhamento de saberes e relações mais democráticas entre os profissionais e entre os profissionais e os usuários. A autonomia ganha lugar de destaque, entretanto, trata-se de uma autonomia construída sobre bases coletivas e fruto das múltiplas relações que são estabelecidas no novo processo de trabalho proposto.

O trabalho do enfermeiro possui relação indissociável com a estrutura social e encontra-se envolvido nas relações que estabelece com os outros sujeitos (FRIEDRICH; SENA, 2002). A ESF traz uma conformação de trabalho essencialmente relacional que propicia a superação das desigualdades de reconhecimento e valor entre os diferentes atores que compõem a equipe de saúde da família.

Destaca-se, ainda, a capacidade atribuída ao enfermeiro de estabelecer relações com os profissionais da equipe e com a comunidade. A partir desse bom relacionamento com a comunidade, é reconhecido seu potencial em estabelecer vínculo com a mesma criando uma relação de confiança e sendo dela referência.

4.2. Dimensão organizacional – A Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros

Esta seção tem por objetivo analisar a percepção dos enfermeiros de saúde da família sobre a evolução da estratégia no Brasil no que tange seus avanços, desafios e fragilidades. O trabalho desses enfermeiros se concretiza no cotidiano entre a dimensão prescrita e a dimensão real da ESF. É nesse lugar, repleto de contradições, que a identidade do enfermeiro de saúde da família vai sendo reconfigurada.

Sendo assim, fundamentados na PNAB, refletimos sobre a realidade da ESF na perspectiva dos enfermeiros que têm como desafio diário transformar a PNAB em práticas concretas, aproximando as dimensões prescrita e real da organização dos serviços de saúde. Além disso, situando a análise no intermédio de tais dimensões, buscamos subsídios nos trabalhos de Foucault (1989), no que tange à sua abordagem sobre as micro relações ente os sujeitos e as instituições. Buscou-se discutir em que medida a conformação da estratégia de saúde da família tem proporcionado aos sujeitos, famílias e comunidade, emancipação e autonomia nos modos de andar a vida ou, sobre elas, tem legitimado estratégias de poder pastoral (FOUCAULT, 1995 apud RANOYA, 2009) a partir do tutelamento e paternalismo sobre esses indivíduos.

Bertoncini (2011) em sua tese de doutoramento estudou o processo vivido no cotidiano de trabalho de enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família e a este respeito afirma:

(...) nós, profissionais da enfermagem, tecemos nossas ações, com muito trabalho técnico, braçal e intelectual. Criamos e, às vezes, obedecemos as regras prescritas, modificando programas e normas, permeadas por afetos e conflitos, ora instituídos, ora instituintes, sujeitos e sujeitados pelos gestores. Uns aos outros, em relação, objetivamos nossos conhecimentos e desejos nos atos de trabalho (BERTOCINI, 2011, p. 23).

A mesma autora afirma que a forma como a ESF se consolida e vai sendo implantada é singular em cada microcontexto. A ESF será aquela que “em cada situação concreta, os sujeitos sociais submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas conseguirem imprimir a marca de seu projeto” (LEITE; VELOSO, 2009, p. 52).

Em relação ao presente estudo, os depoimentos sugerem que a ESF transita entre avanços e retrocessos. No que se refere aos avanços, destaca-se a ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde fortalecendo o princípio da universalidade e a política de seguridade

social proposta pelo SUS. A seguridade social, segundo Fleury e Owerney (2009) é uma modalidade de proteção social que tem como eixo norteador a justiça social em que o acesso aos benefícios se dá pela necessidade dos indivíduos. O acesso à saúde, a partir da ESF, não depende da oferta disponibilizada pelo serviço, mas da necessidade apresentada pelo indivíduo:

Difícil demais, eu acho o seguinte, sem dúvida o Programa de Saúde da Família trouxe um avanço muito grande para a saúde. Eu lembro, por exemplo, de quando a gente era pequena e a gente ia no centro de saúde, meu pai tinha que levantar quatro horas da manhã para poder pegar uma fila e se ele chegasse depois da 15ª pessoa a gente não ia ser atendido naquele dia (E7).

A gente vê evolução porque antes o centro de saúde eram 12 fichas que eram distribuídas, era um médico, um clínico. Então muita coisa já evoluiu, a gente não pode deixar de reconhecer isso. Então o SUS já deu muitos passos sabe. eu acredito que possa dar mais. Eu vivenciei tudo isso né? Então eu acredito que realmente possa melhorar muito mais (E3).

Com relação à ampliação da cobertura de assistência à saúde no Brasil, Giovanella *et al* (2009) afirmam que a ESF foi criada inicialmente com direcionamento para:

(...) extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo “limitado, bom para os pobres e pobre como eles aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS (GIOVANELLA, et. al 2009, p. 784).

Em Belo Horizonte, a cobertura da ESF atinge 76% da população. Além disso, em áreas de alto risco o município determina a organização de uma equipe para aproximadamente 2500 habitantes, número inferior ao previsto na PNAB que recomenda entre 3000 e 4000 pessoas. São indícios do avanço da ESF no município (CUNHA, 2012).

Prosseguindo a análise sobre os avanços da ESF, enfatiza-se a proximidade dos profissionais com a vida cotidiana dos sujeitos, compartilhando com eles o mundo onde crescem, vivem, constroem seus projetos, seus sonhos, suas crenças, seus valores e seu processo saúde e doença. Essa proximidade possibilita uma análise em contexto das necessidades de saúde apresentadas pelos sujeitos, o que fortalece a perspectiva da integralidade, como pode ser observado no depoimento:

Então não tinha essa questão de você avaliar o caso né? Você saber: “oh, essa família é mais vulnerável não posso manda ela embora, esse pré natal se

eu não fizer ele aqui na hora que chegar essa mulher não vai voltar aqui mais eu vou perder a oportunidade”. Então eu acho que o PSF avança muito nessa questão de pormenorizar as coisas de saber, de estar mais perto da população e conseguir atender a essas demandas mais sociais porque a saúde esbarra muito em questão social e em questão educacional (E7).

A ESF tirou da invisibilidade social grande contingente de marginalizados, estando mais próxima das populações vulneráveis e acolhendo suas necessidades. A esse respeito afirma Magalhães Júnior (2008):

Dores e sofrimentos que a sociedade não via, seja por desconhecimento ou por negligência, ganham rosto, nome e história, tornam-se uma questão pública e enquanto tal interpelam gestores e cidadãos e, mais, exigem solução (MAGALHÃES JÚNIOR, 2008, p. 8).

Quanto aos retrocessos, a enfermeira E6 expressa sua indignação com os arranjos organizacionais implantados na ESF que prejudicam o trabalho ao invés de proporcionar condições de melhoria da qualidade da assistência:

Então, eu acho que o programa às vezes dá um passo pra frente e depois ele anda dois pra trás, porque igual colocar um protocolo de Manchester na unidade básica de saúde. Quem pensou nisso? Será que quem pensou nisso tem algum contato com a saúde? Sabe o que é atenção primária a saúde? Sabe que nos temos que ser responsáveis, eu tinha 3.300 pessoas, ai teve uma redivisão de área agora eu estou com 2600 pessoas, eu tenho que dar conta das minhas 2600 pessoas, eu tenho 12 acamados, eu tenho que fazer visita para esses doze acamados, eu tenho uma responsabilidade sobre minha área de abrangência né? E será que eu tenho tempo pra fazer tudo isso? As vezes eu acho que precisa repensar essa questão do PSF. O PSF está igual a uma árvore de Natal, cada hora pendura mais uma coisa (E6)

A metáfora da ESF como uma árvore de Natal reflete a angústia sentida pelos enfermeiros que se deparam, com frequência, com o aumento de atribuições que lhes são impostas. Pelo depoimento, a ESF tem se estruturado por meio de ações abrangentes que podem ter como consequência o desvio de sua própria razão de existir. Esse desvio se traduz nas práticas profissionais, conforme apontado por E6:

Então, eu acho que o programa é muito no papel, é muito bom, mas o que se vê na prática não é assim. Eu, como enfermeira de saúde da família, no meu entendimento eu teria que ser enfermeira de saúde da família, me dedicar ao PSF. E eu tenho que ficar na unidade de saúde responsável por coleta, que eu não sou, eu não entendo nada de laboratório, eu não sou farmacêutica. Eu tenho ser responsável por coleta e curativo, curativo claro é da enfermagem, mas coleta? Qual que é minha ligação com coleta? Responsável por

recepção, recepção quem fica na recepção é o administrativo e eu sou responsável por um administrativo? Responsável por farmácia? Quem fica na farmácia é administrativo, eu sou responsável pela farmácia? Tinha que ter um farmacêutico pra ser responsável pela farmácia. E quem fica na farmácia é o enfermeiro. Então está havendo desvios na prática. Às vezes a gente tem que, não só na prática, no que eles colocam a gente pra fazer, mas também as vezes a gente tem a nossa conduta tem que desviar (E6)

O depoimento retrata o distanciamento entre as dimensões prescrita e real na ESF.
Para Chanlat (1995, p. 119):

Todos os modos de gestão possuem dois componentes: um componente abstrato, prescrito, formal e estático, o que eu chamo de modo de gestão prescrito, e um componente concreto, real, informal e dinâmico, o que qualifico de modo de gestão real. É realmente da relação entre esses dois componentes e notadamente da dinâmica entre os principais agentes internos (administração, empregados, sindicato), até externos (representantes públicos, governantes, etc.), que nascerá uma tensão mais ou menos intensa entre o pessoal da organização concernente, que repercutirá em nível de Saúde e Segurança do Trabalho e, por meio de conseqüências, sobre os resultados materiais.

Quanto às dificuldades que precisam ser enfrentadas pelos profissionais da equipe da ESF, destaca-se a presença de crises estruturais, as quais, mesmo estando em esferas que ultrapassam o campo da saúde, afetam-na diretamente. A crise educacional é um exemplo haja vista que déficits educacionais potencializam a distância entre a linguagem do profissional de saúde e a compreensão dos usuários, dificultando a abordagem do plano de cuidados.

Então eu acho que essa crise que vive a educação, dessa questão de valor mesmo sabe, de perda de autoridade do professor dentro da sala de aula, o menino não vai pra escola, não quer estudar não estuda, isso afeta muito nosso trabalho no centro de saúde, isso tem um impacto muito grande dentro do centro de saúde..porque a gente tem dificuldade pra abordar essas pessoas, sabe? E como o PSF ele é muito voltado pra população de risco no meu caso é muito elevado o risco, é população muito vulnerável, a gente vê que se não existisse o PSF eles seriam muito mais marginalizados do que eles são..eles serão muito mais excluídos do que eles já são. Porque naquele território nosso ali, e eu tenho certeza que com toda equipe de saúde da família é assim, a gente sabe onde que está as coisas mais vulneráveis que as vezes ninguém ficaria sabendo (E7).

O depoimento de E7 reverbera com a perspectiva de Ayres (2009, p. 13), o qual afirma que “há importantes aspectos econômicos, culturais, políticos e institucionais envolvidos nas tensões experimentadas no cotidiano da atenção à saúde”. Dessa forma, a saúde não se constitui como campo à margem da realidade social e das outras dimensões que fazem parte desta realidade. Assim, segundo Minayo (2004) o trabalho em saúde sofre influências de todas as lacunas, avanços, recuos e interrogações presentes na realidade.

A complexidade do conceito ampliado de saúde é vivenciada de forma concreta pelos enfermeiros da saúde da família que se deparam no cotidiano com necessidades diversificadas, direta ou indiretamente envolvidas com a saúde. O fato de a ESF ser referência prioritária da comunidade traz duas implicações importantes: a primeira se refere ao cumprimento do que a PNAB determina, ou seja, cumprir o papel de ser o primeiro encontro do usuário com o sistema de saúde. Por outro lado, não há um filtro dessas demandas, haja vista que sendo a saúde produto de um processo social e histórico, todas as questões do viver humano estão relacionados a ela. O problema é que a ESF é cobrada por responder a essas demandas como se tudo dependesse exclusivamente dela. A abordagem que concebe a ESF como o milagre da política de saúde que por si só resolverá os problemas de saúde da população torna invisível as lacunas dispersas por todo o sistema, inclusive fora da área da saúde, tal qual pode ser evidenciado no relato:

Porque tudo vem para o centro de saúde e então a menina que usa drogas e que some, que não está fazendo tratamento, quer dizer o pessoal do serviço social e da secretaria que é melhor nessa parte tinha que ta agindo mais nesse sentido, mas assim vem muita coisa para o centro de saúde, isso não é só saúde! Envolve muita coisa e cobra resposta daqui, até a promotoria publica cobra resposta da gente no centro de saúde. Está certo que a gente da uma resposta, mas não é só a gente. Então nós precisamos mesmo desse trabalho intersetorial (E3)

Os enfermeiros da ESF se deparam com demandas de diversas naturezas para as quais precisam aparecer respostas, mesmo que não sejam os responsáveis diretos pela sua resolutividade. O que percebem, no entanto, é que não são valorizados de forma coerente com as ações que realizam e com as responsabilidades que lhes são atribuídas. Reivindicam, dessa forma, valorização relacionada a capacitações profissionais e salários mais justos:

Mas a gente trabalha com demandas que vão além as vezes até da nossa capacidade profissional, daquilo que a gente foi formado pra fazer, sabe? Que demanda esforço, coordenação de equipe, trabalho em equipe e acaba desgastando muito. Então a gente é muito pouco valorizado

profissionalmente, com relação a capacitação, a salário, com relação a demanda mesmo. Estou falando pela enfermagem (E7).

Pelos depoimentos é possível constatar que a ESF representa um ganho inestimável para a população brasileira. Entretanto, há que se refletir sobre sua implantação a qualquer custo:

Eu acho que em primeiro lugar uma cidade desse porte fazer conseguir funcionar o PSF eu acho que isso é um mérito né? É louvável! Mas ao mesmo tempo, não tem que funcionar o programa de saúde da família a qualquer custo! (E7)

Agora aqui não, ficam esses centros de saúde cheio de escadas que não tem jeito nem de descer um paciente que é cadeirante porque não tem rampa. E fica lotado de manhã, fica lotado, paciente que tem tuberculose, junto com criança que acabou de nascer que veio fazer o 5º dia, que é uma mistura toda e fica essa bagunça, essa coisa, não sei nem se isso é bagunça, essa mistura. Então é até difícil de você colocar em prática o que você tem que colocar em prática. Ai é uma ficha que vai pro médico, uma ficha que vai pro outro, Ai você chega na sala do médico o médico tá estressado porque alguém desmaiou lá fora e aquela coisa, porque o pessoal aqui é uma comunidade muito carente, as vezes passa mal, às vezes leva tiro e traz pra dentro do centro de saúde porque não tem, ai traz pra cá porque não tem dinheiro pra pagar taxi pra levar..sabe essas coisas assim..então é muito complicado.. Eu acho assim uma questão muito desafiadora fazer saúde da família numa cidade igual Belo Horizonte, acho que é muito corajoso a questão de fazer, de desenvolver o programa aqui, mas é muito desafiador também (E6)

De maneira geral, os trabalhadores mostram-se resignados para com as condições de trabalho e estrutura muitas vezes precária a que estão submetidas no contexto da ESF. Por outro lado também existem situações nas quais se sobressaem os movimentos de busca pela criação de novas formas e estratégias de se realizar o trabalho (BERTONICI, 2011).

Esta diferença de postura profissional é permeada pela construção da identidade social dos membros da equipe de saúde da família, haja vista que a abordagem sociológica da identidade permite revelar como os sujeitos se percebem no cotidiano de trabalho e como são percebidos pelos outros profissionais. Mediante essas percepções e associadas às trajetórias de vida, formação profissional e as relações estabelecidas, estes sujeitos constroem seus modos de ser profissional que serão traduzidos nas suas práticas.

Extrapolando a esfera subjetiva da conformação das práticas profissionais, importa destacar a dimensão organizacional como determinante neste processo, dada a potencialidade da gestão em criar condições viabilizadoras ou não de exercício profissional em consonância com o SUS. A dimensão organizacional no presente estudo corresponde à ESF entendida

como o dispositivo de gestão adotado pelo Ministério da Saúde para operacionalizar o modelo de atenção primária brasileiro.

Conforme depoimentos dos sujeitos nucleares pode-se inferir que trabalhar na ESF representa um desafio para os enfermeiros perante as múltiplas demandas que precisam responder e para as quais se exige a mobilização de recursos objetivos e subjetivos. Sua prática é influenciada diretamente pelas determinações da gestão e das condições de trabalho a quês estão submetidos. Conseqüentemente, este contexto, é fonte de angústia e sofrimento. A este respeito Ribeiro, *et al* (2008, p. 42) afirmam que:

Trabalhar com a saúde da família é um grande desafio para os profissionais, as exigências se fazem de toda ordem, seja do conhecimento técnico-científico até as demandas excessivas por parte da população. As dificuldades no desenvolvimento do PSF são ainda muito grandes e vão desde a pouca valorização dos profissionais até as condições precárias de trabalho, mas sem dúvida as mais desafiantes são as referentes ao surgimento das angústias dos profissionais, que se não forem elaboradas de forma adequada, podem nocauteá-los, levando-os ao desenvolvimento de processos depressivos, que muitas vezes podem culminar no afastamento da frente de trabalho. Lidar com tais angústias é sempre uma difícil tarefa, e coloca com muita clareza todas as limitações profissionais.

É possível perceber que os sentimentos de frustração e os conflitos vivenciados pelos enfermeiros no cotidiano de trabalho podem ser provenientes da organização prescrita de seu trabalho ser difícil de ser alcançada na realidade concreta. Espera-se, dessa forma, que o enfermeiro da ESF atinja ideais utópicos de transformação da realidade de saúde sem, no entanto, lhe proporcionar condições para cumprir essa prerrogativa. Essa situação afeta a percepção que o enfermeiro tem de seu trabalho gerando sofrimento e desilusão, conforme evidenciado por E6:

A sala de curativo aqui é coleta de manhã, ai limpa umas 9 :30, 10, horas limpa.. 10 horas começa o curativo..entendeu? é uma sala que não pode lavar, porque se fosse uma sala que pudesse lavar que tivesse parede lavável, chão ate seria em aspas aceitável mas não é. E o enfermeiro é responsável por isso entendeu? E ele vê uma coisa que está errada e não pode fazer nada entendeu? Então eu acho que a valorização vem também por parte de usuário, por parte de colega, mas eu acho que a maior questão é a gestão que não vê. Aqui em BH o enfermeiro era técnico superior em saúde faz uns seis meses que mudou pra enfermeiro mesmo e uma carga tão grande e uma responsabilidade tão grande porque não desvalorizando outras profissões mas o enfermeiro no PSF ele é o responsável por tudo e tem um salário igual de outros profissionais que não tem a mesma carga, a mesma responsabilidade. Então são coisas que teriam que ser repensadas (E6).

O que se percebe pelo depoimento do enfermeiro é que a negligência por parte dos gestores no que se refere ao apoio que deve ser dado aos enfermeiros que estão na linha de frente dos serviços e que convivem com o desafio de traduzir e implementar os princípios de humanização e da integralidade nas suas práticas. Questiona-se, dessa forma, o compromisso dos gestores com a qualidade de vida da população em detrimento do compromisso com o alcance de indicadores e pactuações que alimentam dados quantitativos, mas nem sempre encontram eco na qualidade da assistência que proporcionam.

Assim, o enfermeiro, sente-se “de algum modo impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si” (MEDEIROS, et. al, 2006, p235). A realidade descrita pelos enfermeiros de saúde da família encontra-se em consonância com a análise de Schrader et al (2012, p. 223) a qual afirma que a:

(...) atual conjuntura que coloca o profissional que atua na atenção básica encarregado de sustentar muitas das lacunas do sistema incluindo recursos insuficientes de trabalho, propostas políticas sem continuidade, pessoas despreparadas para atuar com base nos princípios do SUS, população descontente e até revoltada dentre outras questões que repercutem diretamente no cotidiano laboral dos trabalhadores.

Tendo em vista as considerações apresentadas percebe-se a crise de identidade (DUBAR, 2005; BRITO, 2004) do enfermeiro de saúde da família se expressa na medida em que reconhece e identifica seus novos papéis propostos pela política de saúde, compreendem a importância desse novo papel, desejam realizá-lo de fato. Entretanto, ao serem impelidos a assumir um vasto leque de atividades e responder por demandas de diversas naturezas, a priorização e conciliação de seus papéis específicos tornam-se praticamente inviáveis.

4.2.1 Estratégia de Saúde da Família: em defesa da autonomia ou da dominação dos sujeitos?

Embora sejam inequívocos os avanços que a saúde da família trouxe para a população brasileira, fato que pode ser evidenciado nos indicadores de saúde do país, não podemos nos furtar de analisar de forma crítica como a estratégia vem sendo legitimada bem como os

desafios que precisam ser superada para a continuidade da estratégia de maneira que melhorias sejam agregadas em seu processo de continuidade.

Cohn (2010) enfatiza que discutir a saúde da família no Brasil exige ultrapassar a análise de experiências exitosas. É preciso lançar sobre ela um olhar crítico que seja capaz de instigar questões relativas “à necessidade de transformação das práticas e concepções dos atores envolvidos (profissionais de saúde e agentes de saúde), e o novo conteúdo de formação que isso demanda” (COHN, 2010, p. 9).

O que se percebe pelos depoimentos dos sujeitos é que o sentido da co-responsabilidade previsto na estratégia tem sido efetivado apenas unilateralmente, ficando à margem deste processo, aqueles que deveriam ser os protagonistas: os usuários dos serviços. Dessa forma, segundo alguns dos enfermeiros entrevistados a responsabilidade pela saúde da população tem sido assumida quase que de forma exclusiva pelos profissionais de saúde que são cobrados por ela e precisam dar respostas ao governo com relação aos indicadores e pactuações que são feitas:

Mas eu acho, também por outro lado, a saúde da família ela tutela muito o usuário sabe, ela desresponsabiliza o usuário muito, então o usuário às vezes eu escuto assim: a paciente vem e ela fala com a gente como se fosse desaforo que ela ta grávida de novo sabe.. "Eu to grávida de novo e você vai ter que fazer meu pré-natal" ai eu falo assim: "Nossa, ótimo eu vou fazer seu pré-natal nove meses e você vai cuidar dele o resto da sua vida". Então às vezes é um paciente que a gente está trabalhando com ele muito tempo essa questão de anticoncepcional e tem baixa adesão. Então quando ela fica grávida foi por desaforo meu que ela ficou grávida, sabe? Não é culpa, mas assim eu estou grávida e você vai ter que fazer o pré-natal eles esquecem que a vida inteira ele vai ter que cuidar (E7).

Então eles jogam muito a responsabilidade em cima do centro de saúde, muita coisa mesmo. Então eles demandam muito essa questão. A gente tem que correr atrás, essa questão de cartão de vacina é outro, a gente manda inúmeros recados pra mãe: "Mãe, o cartão de vacina do menino está atrasado" "Mãe, o cartão de vacina do menino ta atrasado". Você fica muito tempo assim na hora que você liga para o distrito e fala: "Oh, não consegui vacinar, o menino não vem". Então o distrito fala assim: "Então você vai na casa dele". Aí você vai a primeira vez, ai você vai ter que ir a segunda vez, vai ter que ir a terceira vez e ninguém vem mais aqui. Então é muita responsabilidade em cima do funcionário, do profissional e desresponsabilizando muito a população com relação a isso entendeu? (E6)

A busca ativa prevê um rastreamento de faltosos nas consultas agendadas, nos exames que deveriam ter sido realizados, no cumprimento em tempo do calendário vacinal das crianças. Isto porque é preciso contemplar metas de cobertura e indicadores preestabelecidos,

e ao que parece, isso deve ser feito custe o que custar. Se preciso for, o profissional que se desloque até a casa da criança que a mãe não levou para vacinar. Em contrapartida, o usuário se vê em uma condição de passividade em que ele adquiriu profissionais legitimados e tecnicamente competentes para se preocupar com a saúde dele. E é desses guarda-vidas que esse mesmo usuário cobra respostas imediatas para problemas:

Então tem muito essa questão de desresponsabilização do usuário, de tutelar, eu sou muito contra isso, essa questão de você tutelar muito, você tutelar demais a pessoa, eu acho que você tem criar nela um senso de responsabilidade, a principal pessoa que tem que ta envolvida no cuidado dela é ela mesma, não sou eu que vou deixar de comer, eu vou orientar quem vai deixar de comer ou não é ele, mas isso é a gente vê toda hora..parece que não é responsabilidade dele, é responsabilidade minha, a saúde dele é responsabilidade minha, não é responsabilidade dele (E7).

Essa situação causa descontentamento no enfermeiro que não reconhece essas práticas como legítimas por não promoverem a autonomia dos sujeitos e sim reforçarem sua dependência aos profissionais de saúde. Percebe-se uma crise de identidade do enfermeiro ao se ver compelido a realizar um modo de atuar que não é condizente com as primícias ideológicas que sustentam seu fazer:

Por outro lado, a postura profissional adotada lhe confere autoridade perante a comunidade e reconhecimento quanto à sua competência profissional. A população, de certa forma, confia nesse “guardião de sua saúde”, que se encarrega de preocupar-se com compromissos relacionados ao cuidado de si, conforme salientado por E4:

Mas assim o que eu vejo é o reconhecimento da comunidade, a gente é considerado uma autoridade sanitária mesmo (E4)

A implantação da ESF, que tem por objetivo cumprir pactuações revela uma perspectiva utilitarista que não condiz com o arcabouço teórico e filosófico que sustenta a ESF como dispositivo de transformação de práticas de saúde e do modelo assistencial. Ao contrário, reforça a lógica de produção da saúde pautada em biopolíticas.

Na perspectiva foucaultiana a Biopolítica se refere aos dispositivos criados pelos Estados para exercer controle e regulação sobre as condições de vida das populações. Biopolítica é, dessa forma, “a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental pelos fenômenos próprios a um conjunto de

seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças” (FOUCAULT, 1997, p. 89)

Por meio da Biopolítica buscou-se padronizar todas as variáveis relacionadas à vida, determinando índices e escalas com o objetivo de propor tratamentos para tudo que desviasse do considerado padrão. Assim, ao intervir sobre fatores comuns a um grupo populacional a partir da esfera biológica, seria possível controlar epidemias, enfermidades e mazelas a que estão sujeitos os corpos. É, pois, o objetivo manter padrões considerados ótimos e melhorar variáveis de morbidade, fecundidade, prevalência de doenças etc.

Os depoimentos sugerem que a ESF pode estar assumindo um caráter de dominação dos sujeitos por meio de uma forma de exercício de poder denominada por de poder pastoral (FOUCAULT, 1995 apud RANOYA, 2009).

Ranoya (2009) argumenta em sua dissertação sobre Biopolítica, comunicação e poder pastoral que diversos filósofos (Nietzche, Foucault, Deleuze e Guattari) têm estudado o poder pastoral o qual se caracteriza pela dissimetria de poder existente nas relações entre o pastor e seu rebanho. O autor afirma que este tipo de poder vem sendo exercido sobre a sociedade por agentes e instituições diferentes.

Nesse sentido, a análise dos relatos dos sujeitos sugere, sob o prisma foucaultiano, que a estratégia de saúde da família, da forma que vem sendo estruturada pela gestão e concretizada no cotidiano dos serviços, pode estar constituindo-se como um mecanismo pastoral exercido entre os profissionais de saúde e as famílias adscritas no território para o qual responde esses profissionais.

Há momentos em que o controle que o profissional de saúde exerce sobre a sua clientela adscrita, a coloca na condição de sujeito dócil e incapaz de gerir sua própria vida, necessitando ser tutelada por um ente potencialmente capaz de tomar decisões por ela. A esse respeito ressalta-se que os enfermeiros, de certa forma, não optam necessariamente por esta posição embora muitas vezes se beneficiem do reconhecimento e valorização que ela lhe gera. Cabe destacar que o papel de “pastor” tem sido remodelado pelas estratégias gerenciais que condicionam os profissionais de saúde a assumirem esta posição.

Há, dessa forma, um processo de des-responsabilização do usuário para com seu processo saúde-doença-cuidado. Ao profissional de saúde, recai a responsabilidade de guiar, conduzir e proteger a vida do usuário como se o mesmo fosse totalmente incapaz de fazê-lo por si mesmo. Essa lógica fomenta situações de conflito no cotidiano dos serviços conforme pode ser evidenciado no depoimento:

Por exemplo, o menino passou, se o menino está passando mal dentro de casa desde, isso acontece todo dia, está com asma desde de manhã. Aí todo mundo sabe que aqui no centro de saúde, na hora que chegar vai ter que atender. Mas de manhã tem um acolhimento maior que a gente já programa a agenda para o dia inteiro né? O menino está passando mal? Tem pediatra a tarde então a gente já programa. Mas costuma que eles chegam aqui cinco horas da tarde que é um horário que a gente já atendeu todo mundo que tinha para atender, que a agenda do médico está lotada, mas que ele sabe que eu tenho obrigação de atender o menino. Então eles vão vir aqui cinco horas da tarde, que o centro de saúde já está mais vazio, todo mundo já foi atendido. Então chega cinco horas da tarde aqui, não tem vaga para mais ninguém, mas eu vou ter que me virar pra atender o menino porque está passando mal, sabe? (E7).

Pires e Gottems (2009) despertam-nos para a necessidade de analisar criticamente as relações de poder existentes no cuidado para que seja possível compreender a relação contraditória que se estabelece entre a tutela e a emancipação dos sujeitos. Nesse sentido, “a contradição se descortina à medida que a enfermeira reproduz o poder do saber científico sobre o usuário e, concomitantemente, luta contra o poder do modelo médico hegemônico” (FRIEDRICH; SENA, 2002, p. 777).

É possível perceber nos depoimentos dos enfermeiros que eles reconhecem que sua prática pode fortalecer esse exercício de poder sobre os usuários mas alegam, entretanto, que o delineamento desse modo de fazer saúde é determinado pela gestão.

A ruptura com o modelo curativo é processual, não ocorre de uma hora para outra e também não depende somente da enfermagem. Verifica-se um acúmulo de fazeres da enfermagem e, em especial, da enfermeira que indicam mudança na qualidade do cuidado, todavia não configurando um novo modelo (FRIEDRICH; SENA, 2002, p.778).

Nessa perspectiva, os depoimentos dos sujeitos trazem para a reflexão a necessidade de se analisar em que medida a ESF tem proporcionado autonomia no processo de cuidado realizado neste equipamento da rede de assistência à saúde. É preciso refletir ainda para qual caminho a gestão da ESF tem conduzido a política: favorecendo autonomia ou fortalecendo a dominação?

4.3. Dimensão Sistêmica

4.3.1 A Rede de Assistência à Saúde de Belo Horizonte: avanços e desafios na perspectiva de enfermeiros de saúde da família

Na dimensão sistêmica discutiremos a organização dos serviços no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ressalta-se que a vivência dos enfermeiros está relacionada a compreensão das redes por meio de suas ações cotidianas no contexto da ESF. Nessa perspectiva, tecem críticas, apontando caminhos possíveis e necessários e (re) criando possibilidades na construção dessa Rede. Cabe salientar que não se teve por intenção captar os discursos formais e conceituais dos enfermeiros de saúde da família sobre Redes. Buscou-se apreender a compreensão de mundo desses sujeitos como atores sociais e agentes políticos institucionais potencialmente capazes de promover rupturas, continuidades, transformação ou ainda reprodução da realidade.

Considera-se os enfermeiros de saúde da família como sujeitos sociais os quais são definidos por Merhy (2005) como sendo:

(...) sujeitos políticos, se caracterizam a partir de seus projetos, em torno dos quais articulam seus interesses e expõem suas vontades como ação. Encontrando-se em determinados contextos sociais (...) encontram-se sempre em disputa com outros sujeitos sociais (...). É na luta que os sujeitos sociais se conformam como formuladores, portadores e executores de políticas, isto é, como sujeitos políticos (MERHY, 2005, p. 172).

Parte-se do pressuposto que os enfermeiros de saúde da família expressam sua visão do lugar de “sujeito ético-político produtor de cuidado, que impactam o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo)” (MERHY, 1997, p. 43).

A respeito das RAS Mendes (2010, p. 2300) as define como:

(...) organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Para este mesmo autor as RAS são entendidas como importante possibilidade de solução da problemática que envolve o SUS. Assim, as RAS correspondem a uma estratégia de organização que visa “restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças, com predominância relativa forte de condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde” (MENDES, 2010, p. 2300).

Sobre a organização da RAS Mendes (2010) afirma que sua operacionalização acontece por meio de arranjos múltiplos que concentram alguns serviços e dispersam outros. O que determina a dispersão ou concentração de determinado serviço é sua densidade tecnológica. Dessa forma, devem ser dispersos os serviços de atenção primária à saúde. Já os hospitais, clínicas de processamento de exames patológicos e laboratoriais bem como equipamentos de imagem devem ser concentrados.

A RAS vai sendo delineada em diferentes pontos de atenção por meio de distintos equipamentos com densidades tecnológicas que precisam compor essa rede estando nelas distribuídos de modo a resultar em qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade (MENDES, 2010).

Dentro da RAS a Atenção Primária tem como função ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. E por meio da APS que o fluxo desse usuário dentro do sistema será ordenado. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica, reformulada em 2011, define que:

Para a estruturação das RAS cabe à AB a função de ser base, ou seja, ser o ponto de atenção à saúde mais próximo dos sujeitos, de suas vidas e do modo como essa vida é tecida, permeada pelas condições sócio-históricas e culturais. Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais (BRASIL, 2011, p. 5).

Para Mendes (2010, p. 2303) no cenário internacional há “evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde”. Para responder à forma fragmentada de organizar o sistema de saúde, Belo Horizonte adotou o arranjo organizacional do sistema de saúde por meio da RAS.

Os enfermeiros enxergam a RAS em Belo Horizonte como um modelo que é inspiração para a organização dos sistemas de saúde de outras cidades. Ressaltam a ousadia governamental de implantar um arranjo organizacional de enorme proporção em uma capital.

Se comparado com outras metrópoles como São Paulo a magnitude da RAS em Belo Horizonte fica mais evidente.

Olha , eu vejo a estruturação da rede de Belo Horizonte, apesar de eu estar sempre pontuando essa demanda toda, ela é muito boa ainda. Porque a rede de Belo Horizonte é muito difícil, se você for analisar cruamente, como é que é estruturar um PSF dentro de uma capital. Em São Paulo, não tem o programa saúde da família, RJ não tem, mas BH tem. Então, isso é pra poucos. Gerar isso, sustentar isso, não é fácil. Então, dentro das dificuldades todas que a gente está pontuado aqui eu entendo que essa rede ainda está muito boa (E2).

Comparando a outros estados como Rio de Janeiro, eu acho que BH está muito avançado em nível de país. Eu acho que as outras cidades poderiam realmente estar observando isso e criando isso lá. Eu acho que BH está muito avançado. As fragilidades que eu vejo, já que estamos também falando de saúde da família, (...) é colocar profissionais mais dentro da saúde da família realmente para a gente poder fazer visita, da gente poder estar contemplando na agenda hipertensão, diabetes, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, e com esses outros afazeres eu tento contemplar isso na agenda e não consigo. Só se eu trabalhar de meia noite as seis né? Então eu acho que pra saúde da família falta isso, porque o ministério preconiza que para determinada população você tenha um enfermeiro isso é coberto, para você estar fazendo ações, gerando ações mais voltadas para a saúde da família e a gente faz muita coisa que não tem como a gente fazer isso..então eu acho que já avançou muito. E na questão de insumos de melhorar o fornecimento, mais nesse sentido. Mas nessa trajetória toda de 1987 para cá eu não posso negar que os avanços foram muitos. O centro de saúde não tinha nada, nem a oferecer nem nada (E3).

Segundo o depoimento de E2 e E3 observa-se que os enfermeiros reconhecem a RAS como um arranjo organizacional potencialmente capaz de produzir resultados positivos na saúde da população. Entretanto, seu nó crítico encontra-se na continuidade da atenção e no estrangulamento que existe na atenção secundária.

Ela é diferenciada, ela está respeitada, ela é copiada né? Eu vejo que tem alguns avanços. É mais ou menos organizada. Mas a resolutividade referente a atenção secundária é péssima. É péssima! A unidade básica ela está sendo preparada para atender 80% da demanda. Aqui dentro, se precisou está tudo bem, mas se você precisou sair para a consulta especializada, coitada! Na realidade eu acho que tem muita coisa que precisa melhorar. Principalmente se saiu da atenção primária, da saúde da família. Precisa melhorar a continuidade (E5).

A questão de especialista é uma questão que pesa muito na prefeitura ainda, algumas especialidades..importantes por exemplo, angiologia, alguma questão que é avaliada na atenção primaria como um todo..e que dificulta um pouco o trabalho da gente..mas outras especialidades por exemplo

oftalmo a gente consegue marcar rápido, mas acho que a falta de continuidade prejudica (E7)

Starfield (2002) define continuidade do cuidado como sendo o acompanhamento de uma necessidade ou problema específico do usuário. A autora diferencia continuidade de longitudinalidade sendo este último conceito relacionado ao acompanhamento dos diferentes problemas do indivíduo por um mesmo profissional, assim como acontece na ESF por meio das equipes responsáveis por áreas adscritas.

Além disso, os depoimentos sugerem que a RAS não está estruturada para receber demandas relacionadas ao atendimento de demandas específicas como, por exemplo, de adolescentes com dependência química:

Hoje em dia com a rede, está bem melhor, tem muitos casos mais complicados. Então melhorou bastante, mas tem algumas coisas da estrutura mesmo. por exemplo, adolescente que usa droga, é complicado. Não tem tanta estrutura para onde esse adolescente vai? Onde vai absorver essa demanda? Tem muita coisa que falta ainda o município ter para absorver essas outras demandas..mas tem melhorado (E1)

A despeito das dificuldades apontadas, E1 reconhece melhorias e, portanto, avanços na estruturação da rede. Tais avanços também são evidenciados por E7 principalmente quando a rede é comprada com outros municípios:

Olha é uma rede bem estruturada porque em comparação com outros locais principalmente região metropolitana, é uma rede muito bem estruturada tanto que pelo próprio usuário a gente já recebe essa resposta. Muitos usuários vêm de outro lugar e dizem "lá eu não consigo, lá eu não tenho, lá não é assim " Então eu acho que ela é bem estruturada, questão de referência a gente consegue, por exemplo, chega paciente passando mal, eu já encaminhei pra UPA e a UPA não vai me recusar esse paciente, não vai recusar receber esse paciente, nunca, ela nunca me recusa receber um paciente lá (E7).

Também é ressaltada, ainda, que a dificuldade da organização do serviço não se refere ao fornecimento de insumos materiais, mas está relacionado à pouca valorização enfermeiro por parte da gestão:

Com relação a recurso material, nós somos bem servidos em Belo Horizonte com relação a isso. Mas a gente não tem uma valorização do profissional porque se para a gestão a saúde da família é tão importante assim, se é prioridade, porque que o profissional não é prioridade? Porque que o profissional não é importante? Então, por exemplo, o médico ganhou redução de carga horária, o enfermeiro não! O enfermeiro vai ter que

continuar a trabalhar oito horas. Então a gente é muito pouco valorizado pelo tanto que a gente tem que trabalhar. Não é fácil, é muito desgastante a rotina do centro de saúde, é muito desgastante! (E7).

Eu gosto muito do que eu faço, mas eu acho que a gente poderia ser mais valorizado. Eu acho que a enfermagem esta muito desvalorizada, o enfermeiro no PSF é o foco, tudo tudo, se o ACS tem algum problema, o responsável é o enfermeiro, se tem um problema com o paciente o responsável é o enfermeiro, se tem que agendar uma ambulância, o responsável é o enfermeiro, se tem uma família que ta em risco é o enfermeiro que tem que ver, e a cobrança é muito mas a valorização não é proporcional a cobrança. Eu acho que tem que melhorar muito nesse sentido (E6)

A respeito das condições salariais, ressalta-se que o médico de saúde da família conquistou redução de carga horária conforme portaria 2488 de 2011 que altera a PNAB 2006. A referida portaria estabelece “carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos” possibilitando a este profissional flexibilidade de vínculo que podem ser de 20 ou 30 horas semanais (BRASIL, 2011, p. 9).

A lógica de relações horizontalizadas e novas práticas em saúde parece estar mais relacionada às ilhas de excelência que cada profissional no seu cotidiano consegue desempenhar do que como um princípio seguido pela gestão. Isto porque é evidente a divisão social do trabalho na ESF que confere ao médico privilégios, melhores salários e condições de trabalho mais adequadas do que dos outros profissionais. No contexto da ESF o ACS luta pelo seu reconhecimento como profissional de saúde e o enfermeiro enfrenta condições adversas de trabalho com salários incompatíveis com as responsabilidades assumidas expressando sua pouca valorização e reconhecimento profissional. Destaca-se que a análise deve considerar o processo histórico e particular de legitimação profissional de cada uma dessas categorias. Entretanto, entende-se que a mudança paradigmática que se espera nas práticas profissionais não depende exclusivamente desses atores sociais, mas também das estratégias organizacionais de organização do processo de trabalho.

Ainda com relação à (des) valorização do profissional a enfermeira reforça que não se sente desvalorizada quando os usuários não a distinguem dos demais membros da equipe. Isto porque considera que a vulnerabilidade social e o nível de escolaridade precário dificultam esse entendimento sobre papéis profissionais. Em contrapartida, ressalta que a desvalorização de seu trabalho se revela nas estruturas de trabalho que a gestão lhe condiciona:

Assim eu acho que essa valorização esta muito mais na questão da gestão porque a população, aqui é uma população de muito elevado risco de vulnerabilidade social, então quer dizer, o pessoal tem um nível de escolaridade muito baixo, eles não entendem. Eles chegam aqui ou é o doutor ou é o enfermeiro, todo mundo pra ele é enfermeiro entendeu? Mas isso não é o que desvaloriza meu trabalho. O que desvaloriza o meu trabalho é eu ter que trabalhar num centro de saúde que tem 70 funcionários e tem um banheiro pra homem e mulher, entendeu? Você ter que ficar de manhã procurando sala pra atender e o medico tem a prioridade de atender na sala e o enfermeiro fica esperando na porta o médico atender pra eu fazer minha puericultura, meu pré natal, entendeu? Então é uma desvalorização eu ter que ficar esperando o outro profissional sair da sala pra eu entrar para atender sendo que eu teria que ter isso a minha disposição. (E6)

Aspecto que merece destaque a respeito do impacto da gestão da ESF nas práticas cotidianas dos enfermeiros é a infra-estrutura inadequada para o trabalho. A maioria dos enfermeiros aponta como grande dificuldade no desempenho de suas funções é a ausência de sala para atendimento do enfermeiro. Não existe espaço adequado para que os enfermeiros desenvolvam suas atividades o que faz com que tenha que ficar aguardando salas disponíveis. Essa situação pode ser evidenciada nos seguintes depoimentos:

Tem só uma sala pra enfermagem então isso é um dificultador. Às vezes todas as salas estão ocupadas e você não tem como fazer suas atividades de PSF aqui, de ficar vendo quantos hipertensos, quantos adscritos, quantos saíram quantos entraram..quantificando suas gestantes todas, então muitas vezes você não tem como fazer seu trabalho, você não tem sala..as salas estão ocupadas. Então nós não temos um espaço pra estarmos também fazendo as atividade próprias do PSF.(E3)

Tem uma questão no nosso caso específico aqui que a gente tem a limitação de área física de trabalho o enfermeiro aqui ele não tem um consultório pra ele igual tem em algumas regionais eu atuo no consultório a hora que não tem um outro profissional lá então essa questão é que dificulta mas além disso nada.É a questão da área física, a questão de falta de conhecimento em umas especialidades. Não, eu não tenho problemas, então eu não sei quais são as condições que você diria? Ah ta, de infra-estrutura a gente tem esse problema mesmo. Mas isso não é pontual daqui, da unidade. De algumas unidades da centro-sul, não todas né, por que eu acho que aqui eu acho que tem essa questão de local (E4)

Aqui o que está muito ruim é a estrutura física tanto para o trabalho de qualquer profissional aqui da unidade, não tem sala, nós enfermeiros, por exemplo, só tem espaço duas vezes na semana no horário assim de duas horas só. Então assim, você entendeu? Para atender puericultura, pra atender, por exemplo, pré natal..mas Manchester e outras atividades a gente tem que procurar um espaço que não tem pra fazer alguma outra atividade né? Então ai atrapalha às vezes você precisa prestar atenção, é complicado, às vezes não tem espaço e as vezes você precisa de colher dados no computador, não tem computador as vezes disponível, todas as salas tem computador, mas tem profissional o tempo todo então não da pra usar, então isso é questão de

estrutura quer dizer, vai melhorar um dia, então tem perspectivas de melhoras, mas o próprio serviço te impede de trabalhar muitas vezes, te impede de fazer mais coisas do que você poderia ta fazendo, por falta de estrutura mesmo né? Igual, por exemplo, a gente realiza os grupos ali no pé de jabuticaba, ali no quintal ali né? Mas por exemplo, choveu, não tem grupo..de criança muito complicado você fazer um grupo de puericultura ali, como que você tira a roupa de menino no vento? Não dá! (E1)

Os depoimentos revelam a priorização pela gestão do profissional médico como uma forma de expressão da falta de reconhecimento do enfermeiro e da reprodução de práticas médias hegemônicas. Evidencia-se, dessa forma, relações de poder desiguais reforçadas pela própria organização e estrutura do centro de saúde.

A Portaria 2.488/2011 que revê as diretrizes e normas de implantação da Atenção básica e da Estratégia de Saúde da Família recomenda que sejam disponibilizados consultório médico e de enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário bem como sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea.

Esta realidade se constitui em grande paradoxo, pois ao mesmo tempo em que o enfermeiro de saúde da família possui inúmeras atribuições dentro da estratégia, não lhe são dadas condições de trabalho, sugerindo questionamentos quanto à valorização, por parte da gestão, do trabalho deste profissional no âmbito da ESF.

Nessa perspectiva, E6 afirma que condições de trabalho adequadas favorecem a satisfação e motivação para o exercício profissional, impactando na qualidade de vida no trabalho ao propiciar menos desgaste e cansaço:

Agora o que poderia ser facilidade que ainda não é se tivesse condições de trabalho, mais adequadas ai a gente estaria mais empenhado ainda no trabalho..teria mais satisfação ainda no trabalho porque a gente não faz um trabalho para ser reconhecido porque se você for fazer um trabalho pra ser reconhecido então é melhor você não fazer porque o que existe menos é reconhecimento. Mas quando você trabalha com melhores condições e tudo, o trabalho torna mais fácil, mais tranquilo, mais agradável para todo mundo, você fica menos cansado (E6)

Do mesmo modo, quando as condições de trabalho não são adequadas os enfermeiros vivenciam sentimentos de frustração e impotência por não conseguirem desenvolver suas atividades com qualidade e mobilizar as competências exigidas para o exercício da função. Situação similar foi encontrada em estudo de Oliveira et. al (2009, p. 4) no qual foi evidenciado que:

Para as enfermeiras, o número excessivo de famílias e o suporte organizacional insuficiente (área física, medicamentos, apoio diagnóstico, atenção especializada, capacitação) levavam ao descumprimento das normas da ESF. A forte pressão emocional decorrente de demandas insatisfeitas dos usuários é motivo sistemático de angústia, estresse e desgaste.

O depoimento de E6 faz uma comparação entre a organização da RAS na capital Belo Horizonte e a organização da APS em município do interior. Na capital, o que se percebe é um acúmulo de funções que o centro de saúde precisa responder enquanto que no interior existe maior descentralização de determinadas atividades o que para a enfermeira favorece o trabalho na ESF:

Eu já trabalhei no interior, tinha um centro responsável por vacina, curativo, consulta especializada, a questão que eu falo de consulta especializada é ginecologia, pediatria, psiquiatria que tem aqui. Tinha um lugar que ficavam concentradas essas coisas e a unidade de saúde da família era só unidade de saúde da família! Era o médico de saúde da família, o enfermeiro de saúde da família o técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. E era um posto de saúde da família para cada equipe (E6)

O depoimento de E7 remete à reflexão sobre a relação entre a estrutura organizacional e o impacto na subjetividade para o enfermeiro. A dinâmica do serviço e as atribuições determinadas como responsabilidade deste profissional prejudicam a realização de suas atividades específicas e fomentam estados de alienação:

O enfermeiro, às vezes, ele põe uma viseira e a gente deixa, por exemplo, a sala de vacina sem uma supervisão normal porque está resolvendo questão de regulação de consulta que é uma coisa que qualquer outra pessoa podia fazer. Então a gente tem muito essa dificuldade porque o serviço impõe isso pra gente. E já tem essa dificuldade de identificar o que é nosso mesmo, o que é aquilo mesmo, o que que só eu enfermeiro vou fazer? O que que ninguém vai fazer se eu não fizer? Então tem muita coisa que a gente tem que fazer e fica sem fazer, porque a gente tá fazendo papel do outro. Porque a gente está fazendo aquilo que qualquer um podia ter feito. E o que é nosso fica sem fazer: nossa supervisão fica sem fazer, o nosso treinamento fica sem fazer porque não estão gritando na nossa porta toda hora, mas o telefone ali eu fui atender, o carimbo ali eu vou ter que bater, ambulância na hora que chegar eu que vou ter que resolver, tudo coisa que eu não precisaria resolver, eu acho que a própria dinâmica do serviço te impõe isso, te põe uma viseira as vezes ate pra você perceber, você não pensa muito nessa questão sabe (E7)

O depoimento de E7, apresentado a seguir, revela que o enfermeiro torna-se referência até do que não lhe compete profissionalmente, mas que lhe é imposto pela gestão. Essa

situação gera conflitos e necessários enfrentamentos para que seja respeitado o núcleo de competência profissional do enfermeiro:

E tudo de novo que chega na prefeitura é responsabilidade do enfermeiro, tudo de novo é o enfermeiro que vai ser o responsável: chegou eletrocardiograma? O enfermeiro vai ser responsável pelo eletro. A farmácia está descoberta? O enfermeiro que é o responsável pela farmácia. Tem um ano que eles mandaram um farmacêutico quem vem uma vez por semana aqui pra poder avaliar a farmácia, fora disso quem é responsável pela farmácia é o enfermeiro. Eu não respondo porque eu bati o pé que não vou responder como farmacêutica! Então, mas técnico de enfermagem tá lá dentro trabalhando e eu respondo pelo técnico. Então é muito contraditório: eu respondo pelo técnico que está lá, mas eu não sou referência, até to sendo, não sou mas acabo sendo, referência da farmácia porque o técnico de enfermagem está lá dentro. Então assim, tudo tudo tudo que for falar assim oh: a prefeitura vai comprar isso aqui: o enfermeiro que vai se responsabilizar, tenho certeza! Não chama assistente social para poder fazer, não chama psicólogo para poder fazer, não chama ninguém fora da equipe, o, médico de jeito nenhum porque ele vai atender consulta porque não pode sobrecarregar o médico né? Então tudo de novo que acontece é o enfermeiro que vai fazer (E7)

A organização da RAS e sua funcionalidade impactam diretamente nos modos de ser do enfermeiro e nos sentimentos ambíguos por experimentados no exercício profissional. Tais sentimentos oscilam entre a felicidade e a frustração, conforme expressa E5:

Eu me sinto às vezes frustrada, outras vezes feliz. Feliz de poder estar expandindo o que eu estou fazendo. Acho que eu tenho muito mais chance de trabalhar a família, trabalhar o outro, conhecendo o ambiente onde ele mora, conhecendo os hábitos dele, tudo. Mas às vezes essa acessibilidade não funciona. Então, é uma rede que precisa começar a funcionar melhor. Então eu preciso de transporte, não tenho. Eu preciso de um emprego pra alguém da família que tá desempregado, por isso que ele está bebendo, está usando drogas, não consigo encaminhar, né? Eu preciso de internar um alcoólatra, eu tenho um alcoólatra que morreu fazendo exame querendo internar. Um usuário de droga e álcool, e ele vinha às vezes com aquela esperança de as vezes arranjar um lugar pra internar, eu vi ele morrer e nós não conseguimos interná-lo. Então, a gente faz um balanço de 2002 até aqui, então a gente sempre conversa isso na nossa reunião, o quê que mudou? O quê que nós conseguimos pra essa família? Ela mudou a rotina, tá do mesmo jeito de como começamos a Saúde da Família, entendeu? Os problemas perpetuam, porque a intersetorialidade não funciona, não resolve. Então tudo ficou pra saúde resolver. A saúde não dá conta de resolver sozinha (E5).

A complexidade do processo saúde doença exige que as políticas de saúde sejam pautadas na intersetorialidade dado que ações exclusivas da saúde não são capazes de resolver os problemas e necessidades que dizem respeito a ela. Nessa perspectiva, é apontado como

fragilidade da RAS a ação intersetorial que parece não existir, sobrecarregando a ESF que é cobrada a responder sozinha pelas demandas de saúde da população. A fragilidade das estratégias intersetoriais provoca sentimentos de frustração e angústia nos enfermeiros que vivem o paradoxo de ampliar o olhar sobre os determinantes de saúde mas não possuem governabilidade na ESF para intervir e assistem passivamente ao padecimento das famílias:

Eu me sinto às vezes até frustrada, no exercício da profissão de enfermeira da Saúde da Família. E a gente tem muito vínculo com a família, da enfermagem em geral com a família, o vínculo é muito grande. Então, a cobrança que a gente sente, é muito grande e você vê que tem coisa que você não consegue fazer porque saiu da ESF (E5).

A efetividade da ESF não se restringe à atuação satisfatória dos profissionais da equipe. Assim é preciso que a RAS avance na questão da intersetorialidade sobre a qual discorrem Silva *et al* (2012, p. 180):

É fundamental reconhecer que as ações estratégicas de promoção da saúde devem efetivar-se a partir das articulações da política, da gestão, das práticas assistenciais e das relações com a população com enfoque interinstitucional e intersetorial. Desse modo, a intersetorialidade torna-se fundamental para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, ao permitir aos diferentes setores pensar a complexa questão da saúde e se corresponsabilizarem por sua garantia como direito fundamental do cidadão. Esse processo permite a ampliação das capacidades de análise e a transformação dos modos de intervir na saúde.

Na perspectiva de uma das enfermeiras, as lacunas e fragilidades do SUS estão relacionadas às disputas políticas que envolvem interesses divergentes quanto o avanço do sistema público. Na ótica de E5 o sucesso do SUS coloca em risco a saúde suplementar e os interesses da classe dominante, conforme explicitado:

Eu acho que a turma dos que não querem que aconteça não deixa acontecer a coisa. Porque o SUS, no papel, é o melhor plano de saúde do mundo. Se ele funcionar, não vai ter plano de saúde agüenta. Não vai ter, sabe. Ninguém vai precisar de plano de saúde. Mas a turma doa que não quer é maior. O poder é maior sabe. Então, tem coisas que são boas, tem coisas que não são. (E5)

No que tange as questões políticas, as manobras e os jogos de poder são apontados como dificultadores do avanço do SUS havendo um distanciamento de seus pressupostos.

Assim, os processos de trabalho são deturpados sinalizando retrocessos no processo de consolidação da ESF no país:

Olha, eu acho que o projeto, o que está na lei. se funcionasse do jeito que está seria uma maravilha! Mas aí vem um político que quer ganhar voto e fala que vai abrir o centro de saúde no final de semana! No que se transformou a atenção básica? A atenção básica não é isso! Ai eu me pergunto: será que ele sabe o que é a atenção básica? Será que ele sabe o que é promoção da saúde para ele falar que tem que abrir centro de saúde final de semana. Centro de saúde não precisa abrir final de semana, não tem necessidade de abrir centro de saúde final de semana! (E6).

Entre avanços e desafios a RAS em Belo Horizonte vem se consolidando como estratégia organizacional de sucesso na capital sendo exemplo para outras capitais. Entretanto, muitas lacunas e fragilidades precisam ser superadas para que o processo de implantação da rede avance. É preciso investir em estratégias intersetoriais e em melhorias das condições de funcionamento da ESF, bem como na criação de políticas de valorização do enfermeiro. Dentre as possíveis alternativas para a gestão, reforça-se a qualificação profissional e a implantação de equipes de apoio para que os enfermeiros conciliem as atividades específicas da ESF com aquelas relacionadas à dinâmica do centro de saúde.

Acredita-se que a luta por redução de carga horária e remuneração digna perpassa toda organização do sistema de saúde e das associações representativas da categoria. Seria utópico pensar que cabe apenas à gestão macropolítica da RAS rever essas questões que implicam de forma tão significativa na categoria e na qualidade do cuidado.

"O teatro mágico é o teatro do nosso interior... a história que contamos todos os dias e ainda não nos demos conta... as escolhas que fazemos em busca dos melhores atos, dos melhores sabores, das melhores melodias e dos melhores personagens que nos compõem, as peças que encenamos e aquelas que nos encerram... nosso roteiro imaginário é a maneira improvisada de viver a vida... de sobreviver o dia, de ressaltar os tombos e relançar as ideias, o teatro nosso d

(O Teatro Mágico)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações organizacionais, ideológicas e jurídicas do sistema de saúde brasileiro determinaram mudanças nos processos de trabalho em saúde que, por sua vez, exigiu novos perfis profissionais gerando um processo de reconfiguração identitária das profissões de saúde. A ESF constitui a política adotada para tornar concretas as mudanças no modelo de assistência à saúde e consolidar o SUS no Brasil. O enfermeiro na ESF se depara com a possibilidade de ampliar sua autonomia por meio de uma prática sustentada na perspectiva da integralidade e do cuidado às famílias e comunidade em todo o seu ciclo de vida. Ao transformar as práticas dos enfermeiros e ao exigir mudanças na formação profissional, a ESF proporciona um processo de reconfiguração identitária dos enfermeiros que atuam neste cenário.

Sendo a identidade permanentemente construída por meio das interações sociais estabelecidas ao longo da vida, a abordagem qualitativa, neste estudo, possibilitou compreensão da realidade vivida socialmente pelos enfermeiros de saúde da família e apreendida por meio do mundo do trabalho. Além disso, o estudo trouxe para a reflexão a relação entre a construção identitária do enfermeiro e os arranjos organizacionais que modelam seu processo de trabalho. Foi possível analisar a identidade do enfermeiro na ESF bem como as singularidades de seu mundo vivido. O estudo possibilitou delinear elementos que dizem respeito às formas complexas do Ser e fazer do enfermeiro por meio das quais identidade, formação e trabalho se relacionam. A micropolítica, a dimensão organizacional e a dimensão sistêmica estão intimamente relacionadas entre si e sua conformação política e organizacional interfere no processo de trabalho e nas práticas realizadas, influenciando a construção identitária dos enfermeiros da ESF.

No que se refere ao mundo vivido dos enfermeiros, identificou-se dificuldades e facilidades que influenciam sua prática profissional. As dificuldades referem-se à infraestrutura do centro de saúde que dificulta as ações da ESF e à sobrecarga de trabalho do enfermeiro. Esta sobrecarga decorre da realização de atividades no centro de saúde e na ESF, o que prejudica a qualidade do trabalho realizado, gera estados de alienação perante a pouca reflexão sobre a própria prática, além de não priorizar atividades específicas da saúde da família face à necessidade de responder à demanda espontânea. Uma alternativa sugerida pelos sujeitos deste estudo para amenizar essa situação de sobrecarga é a implantação de Equipes de Apoio. Com as Equipes de Apoio seria possível destinar enfermeiros para atuarem

especificamente nas atividades referentes ao centro de saúde e atendimento da demanda espontânea possibilitando aos enfermeiros da ESF o desempenho de atividades específicas previstas na PNAB. Além disso, a visita domiciliar, os grupos educativos e a consulta de enfermagem terão mais possibilidades de serem menos negligenciadas.

Os enfrentamentos com que se deparam os enfermeiros no cotidiano da ESF quanto à apropriação de suas atribuições na ESF em meio às múltiplas atividades que desempenham levam-nos a inferir sobre as possíveis dificuldades do enfermeiro em construir sua identidade social, as quais são minimizadas por meio de iniciativas de qualificação profissional e dos processos formativos, haja vista sua contribuição para o desenvolvimento de estratégias de resistência e de enfrentamento do poder normalizador.

Apesar das inúmeras dificuldades com que se deparam no cotidiano como enfermeiro de saúde da família, estes profissionais vêm conquistando seu espaço social e reconhecimento junto aos integrantes da equipe e da comunidade. No que tange a identidade real, identificou-se a presença de sentimentos valorativos sobre si que revelam uma autoimagem positiva. A identidade virtual dos enfermeiros foi configurada por meio de atos de atribuição valorativos e depreciativos expressos pelos sujeitos secundários, quais sejam, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A identidade virtual refletiu a centralidade do enfermeiro como ordenador da estratégia de saúde da família e a responsabilidade que isto lhe confere.

O enfermeiro é reconhecido como eixo central da ESF, liderança na equipe e como profissional que dita o ritmo de trabalho da equipe e revela a própria face da ESF. O comprometimento, envolvimento e a capacidade técnica e relacional do enfermeiro são reconhecidos pelos profissionais da equipe e já existe um movimento de reconhecimento pela comunidade, reconfigurando a imagem social do enfermeiro. Os atos de atribuição depreciativos estão relacionados às questões culturais e ao legado histórico da profissão que, em determinadas situações e contextos, reproduzem e reforçam estereótipos relacionados à imagem do enfermeiro.

Os sujeitos nucleares e secundários deste estudo afirmam que na ESF não há hegemonia do profissional médico nas relações estabelecidas, embora a remuneração seja discrepante e sinalize a perpetuação de uma lógica que situa o médico no centro da assistência à saúde. Com relação aos aspectos facilitadores expressos pelos sujeitos destacam-se laços de identificação com o trabalho na ESF, a (re) criação de relações entre profissional de saúde e usuário por meio do estabelecimento do vínculo e o desenvolvimento de um trabalho em equipe. Nessa perspectiva, evidenciou-se que a ESF tem apresentado como espaço singular de

ressignificação da prática do enfermeiro ao possibilitar uma atuação mais autônoma que lhe confere satisfação pessoal e profissional.

A despeito das possibilidades de autonomia e de consolidação de novos fazeres em saúde proporcionados pela ESF, persiste a ênfase em ações curativas que reproduzem o modelo instituído. Ademais, a organização dos serviços ainda ocorre pela demanda espontânea em detrimento da perspectiva da promoção da saúde, resultando no desenvolvimento, por parte do enfermeiro, de atividades que nem sempre são de sua competência profissional específica, gerando conflitos quando no reconhecimento de seus papéis pela equipe, pela sociedade e por seus pares.

Na dimensão organizacional foi possível perceber que a ESF proporcionou ampliação do acesso da população, sobretudo, a marginalizada, aos serviços de saúde. Por situar-se mais próxima da comunidade, a ESF avalia caso a caso as necessidades de saúde representando um avanço significativo na consolidação da saúde como um direito constitucional. Entretanto, o estudo abriu espaço para a reflexão sobre o risco de se implantar a ESF a todo custo sem, no entanto, prover condições viabilizadoras, o que pode acarretar o distanciamento de sua prerrogativa como estratégia de reorganização do modelo de assistência à saúde. Nesse sentido, direcionar a ESF por meio do cumprimento de pactuações e indicadores tem criado uma lógica de (des) responsabilização do usuário por seu processo de saúde e doença, gerando uma espécie de tutelamento da ESF sobre esses indivíduos, o que contradiz a perspectiva de emancipação e autonomia do usuário prevista na nova política de saúde.

O relacionamento interpessoal do enfermeiro na ESF compõe sua construção identitária e há convergência de perspectivas entre os sujeitos nucleares e secundários. Ambos referem que o enfermeiro possui bom relacionamento com a equipe e com a comunidade, com construção efetiva de vínculo com a população e atuam com profissionalismo sem prejudicar a dimensão afetiva das relações.

Na dimensão sistêmica é possível perceber que a RAS em Belo Horizonte é entendida como um modelo organizacional exemplar e ousado dado o porte da cidade e toda complexidade que envolve as metrópoles. Entretanto, os enfermeiros da ESF referem que o estrangulamento da atenção secundária compromete as ações da ESF e a continuidade do cuidado, fragilizando a concretização da integralidade na assistência à saúde. Esse contexto gera sentimentos de frustração e angústia nos enfermeiros que se percebem como identificadores de demandas para cujas respostas a RAS ainda não consegue ser resolutiva. Assim, os enfermeiros da ESF assistem ao padecimento dos usuários de seu território adscrito por não encontrarem na RAS caminhos para continuidade da atenção.

A construção subjetiva do enfermeiro como sujeito é atravessada pelas determinações do contexto onde desempenha sua prática profissional. É possível perceber que a conformação organizacional da ESF e sistêmica no que tange a RAS tem impactado na subjetividade dos enfermeiros ao gerar sentimentos de sofrimento moral, angústia e frustração. Sugere-se, dessa forma, a realização de estudos que aprofundem a análise da construção do enfermeiro como sujeito, tendo como foco o cuidado de si e os processos de subjetivação em um contexto organizacional inovador e contraditório como a ESF.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai, 2009.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 150-153. 2009.
- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. M.; Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, n.2, p.455-464, 2007.
- ARAÚJO, M. F. S. Um “quase doutor”: Prática profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família [Tese de Doutorado] Programa de Pós Graduação em Sociologia /UFPB, João Pessoa/PB, 195p. 2003.
- ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, p. 03-14, set, 2009.
- ASSAD, L. G.; VIANA, L. O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Ver. Bras. Enferm.** v. 58, n. 5, p. 586-91, set-out, 2005.
- AVELAR, V. L. L. M.; PAIVA; K. C. M. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Ver. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 1010-8, nov-dez, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.8, p.73-92, set.2003-fev.2004.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.** v.18, suppl.2, p. 11-23, 2009.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.1, n.6, p. 63-72, 2001.
- AZABUNJA, E. P.; FERNANDES, G. F. M.; KERBER, N. P. C.; SILVEIRA, R. S.; SILVA, Al. L.; GONÇALVES, L. H. T.; CARTANA, M. H. F. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 71-9, jan-mar, 2007.
- AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 12, p.743-753, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977.

BERGER, P. L. B.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: um livro sobre a sociologia do conhecimento**. 2ª edição. Tradução: Ernesto de Carvalho. Dinalivro: 1999.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis - Santa Catarina. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.461-72, abr./jun. 2011.

BORGES, M. A. S. F.; NASCIMENTO, M. A. A. A enfermeira no processo de descentralização do sistema de saúde. **Rev. bras. enferm.**, v.57, n.6, p. 666-670, 2004

BERTONCINI, J. H.. **Entre o prescrito e o real: renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família**. 2011. 147p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da saúde, 2005. 84 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências), (Série Cadernos Metropolitanos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica /SAS Brasil 2007. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> acessado em 10/09/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, M. J. M. A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte. 2004. 393p. [Tese]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG; 2004.

BRITO, M. J. M.; GAZZINELLI, M. F. G.; MELO, M. C. O. L. Os estágios identitários da enfermeira-gerente: uma abordagem piagetiana. **Texto contexto – enferm.**, v.2, n.15, p. 212-221, 2006.

BRIZ, T. Epidemiologia e saúde pública. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**; n especial 25 anos; 31-50. 2009

CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada** Ed HUCITEC, p.411, 1ª Edição, 2008.

CHANLAT, J. F. **Ciências Sociais e Management: reconciliando o econômico e o social.** Tradução: Ofélia de Lanna Sette Tôrres. São Paulo: Editoria Atlas SA, 2000

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Rev Portuguesa de Educação**, v.2 n.16 p.221-236, 2003

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 157-181

CORTEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** v.59, n.6, pp. 800-4, 2006.

CUNHA, P. J; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 3, n. 21, p. 412-9, 2008.

CUNHA, L. R. T. S. Atuação de uma equipe do programa saúde da família nas ações preventivas do câncer cérvico-uterino. 2011. 79p. [Monografia Especialização]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem . Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L. (orgs) **Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial.** Rio de Janeiro. Editora: FGV. 338 p. 2005

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.6, n.2, p. 89-104, 1998.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** Título original: La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles. Tradução: Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 62, abr. 1998.

FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo: Paulus, 2006. 2ª edição

FEUERWERKER, L.. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. **Política de saúde: uma política social – políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro. 2009, p. 23-64.

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

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. Campinas: UNICAMP, 1999. 23p. Mimeografado

FRIEDRICH, D. B. C.; SENA, R. R. de. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n.6, p. 772-779, 2002.

GAUTHIER, J. H. M. *et al.* **Pesquisa em Enfermagem. Novas Metodologias Aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5 Edição. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 22, p.1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L; *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GUHUR, M. L. P. A constituição da criança como sujeito na realidade social: as relações de interação e de intersubjetividade. **Cadernos de Educação**, v. 33: 325 - 347, maio/ago 2009

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas.** São Paulo, v. 3 n. 35, p. 20-29 mai/jun 1995.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C; SÁ, C. P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p.109-125, 2007.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Esc. Enferm. USP**, v. 2, n. 39, p.145-53, 2005.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A estrutura representacional de enfermeiros acerca da enfermagem: novos momentos e antigos desafios. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 2, n. 15, p. 168-75, 2007.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 2, n. 61, p. 178-85, 2008.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, v. 2, n. 16, p. 156-61, abr/jun, 2008.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Ver. Bras. Enferm.** v. 4, n. 57, p. 393-8, jul- ago, 2005.

GUEDES, A. E. L.; Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 3ª edição. UERJ,IMS: ABRASCO. 2001, 100p.

GUIMARÃES, E. M. P, BASTOS, M. A. R. Desenvolvimento de Recursos Humanos em Enfermagem. Maestria em Administração de Serviços em Enfermagem. Rosário: Universidad Nacional de Rosário. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

JACQUES, M. G. Identidade e trabalho. In: CATTANI, A. D. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes, p. 127-131. 2000

LARA, M. O. Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais. 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G.; Limites e avanços do programa de saúde da família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n. 1, p. 50-62, 2009.

LINARD, A. G.; *et al.* Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 1, n. 32, p. 114-20, 2011.

LUDKE, M.; ANDRE, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagem qualitativa**, São Paulo, EPU, 1986. 99p.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch e SPRICIGO, Jonas. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 9, n. 2, p. 91-6, 2001..

MACHADO, H. V. A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, p. 51-73, 2003. (Edição Especial).

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Apresentação. In: NILO, k. et al. (org). Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 285p. 2008

MAIA, M. A. B; OSORIO, C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arq. bras. psicol.** v. 56, n. 1, p. 71-82, 2004.

MANO, Maria Amélia Medeiros. Casa de Família – uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. **Rev. APS.** v. 4, n. 12, p. 459-467; out/dez 2009.

MARCON. S. S; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev. bras. enferm.** v.57, n.5, p. 545-550, 2004,

MARSIGLIA, R. G.; JUNIOR, N. C. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias. Amélia Cohn (org).Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009

MEDEIROS, S. M.; *et al.* Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 02, p. 233 - 240, 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

MERHY, E.E., CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento**. Vol. 1. Brasília, 1992.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficina de qualificação da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Belo Horizonte. ESPMG, p.56, 2009.

MONTENEGRO, L. C. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010

NASCIMENTO, M. S; NASCIMENTO, M. A. A; Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2 n. 10, p. 333-345, 2005.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. **Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo**. **Psicol. Soc.** v.19, n.spe, p. 14-20, 2007.

NAVARRO, D. R; *et al.* Um estudo das práticas dos (as) enfermeiros(as) em saúde coletiva no Programa Saúde da Família no município de Poços de Caldas (MG). **Doxo – Revista da PUC Minas Poços de Caldas**. v.2,n.1,mar-julh 2011.

NAUDERER, T. M; LIMA, M. A. D. Práticas dos enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Rev. Latin-am Enfermagem**. v. 5, n. 16, 2008.

NETO, L. F. S. A.; RAMOS, F. R. S.; Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Rev. Lat. Am. Enf.** v. 12, n. 1, p. 50-57; jan-fev, 2004.

NKOMO SM; COX J. R. T. Diversidade e identidade nas organizações. In: Fachin R.; Fischer T. (Orgs da edição brasileira). **Handbook de Estudos Organizacionais – Modelos de análise e novas questões em Estudos Organizacionais**. v.1. São Paulo: Atlas, 1999. p. 334-360.

NUNES, C. S.; BEVILACQUA, P. D. JARDIM, C. C. G. Aspectos demográficos e espaciais dos acidentes escorpíonicos no Distrito Sanitário Noroeste, Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 1993 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 1, n. 16, p. 213-223, jan-mar, 2000.

OLIVEIRA, B. G. R. B. de; A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Rev. Texto e Contexto Enferm.** v. 15, n. 1, p. 60-7, 2006

OLIVEIRA, R. G; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Ver. Esc. Enferm. USP.** v. 41, n. 1m p. 65-72, 2007.

PAGÈS, M. **O poder das organizações:** a dominação das multinacionais sobre os indivíduos. São Paulo: Atlas, 1987.

PAVONI, D. S; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras Enf,** v. 2, n. 62, p. 265-71, mar-abr, 2009.

PERES, Ellen M. O programa Saúde Da Família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Aquichán.** v. 1, n. 7, p. 64-76, 2007.

PERES, E. M.; DAL POZ, M. R.; GRANDE, N. R. Visita domiciliar: espaço privilegiado para o diálogo e produção de saberes. **Rev Enferm UERJ.** v. 2, n. 14, p. 2008-213, abr-jun 2006.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. bras. enferm.** v.2, n. 62, pp. 294-299, 2009.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública,** v. 20, n. 2, p. 438-446, mar- abr, 2004.

RIBEIRO, G. C; *et al.* Integração do programa de saúde da família com O programa de saúde mental em um centro de Saúde de Belo Horizonte. In: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, 2008.

ROSA, W. A. G, LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem,** v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov-dez, 2005.

SANTOS, C. A construção social do conceito de identidade profissional. **Interacções** número 8. p. 123-144. 2005

SANTOS, M. A. M; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 32. no. 4, 2003

SAUPE, R; CUTOLO, L. R. A; WENDHAUSEN, A. L. P; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface Comunic, Saúde, Educ,** v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005

SANTOS, Sueli Maria dos Reis et al. A consulta de enfermagem no contexto da a tenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.1, pp. 124-130, 2008.

SCHRADER, G., *et al.* Trabalho na unidade básica de saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Ver. Bras. Enferm.** v. 66, n. 2, p. 222-8, 2012.

SILVA, A. L; PADILHA, M. I. C. S; BORENSTEIN, M. S. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 586-95, 2002.

SILVA, K.. L. Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana. 182 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, K. L; SENA, R. R; SEIXAS, C. T; SILVA, M. E. O. S; FREIRE, L. A. M. Desafios da política para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **Rev. Min Enferm.**; 16(2): 178-187, abr./jun 2012.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. bras. enferm.** v.64, n.2, pp. 315-321, 2011.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Ver. Bioética**, v. 10; n2; 2002

SILVA, M.G. da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.

SOUZA, M. F; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14(Supl.1):1325-1335, 2009.

SOUZA, M. L. *et al.* O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.** v.14, n.2, pp. 266-270, 2005.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr-jun, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1994. 175p.

VALLE, I. R. A obra do sociólogo Pierre Bourdieu: uma irradiação incontestável. **Educ. Pesqui.** v.33, n.1, p. 117-134, 2007

APÊNDICES

Apêndice A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Gostaria de convidá-lo (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa cujo título provisório é **“Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família”** a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais / UFMG sendo realizada pela pesquisadora Beatriz Santana Caçador, aluna regularmente matriculada no referido curso e tendo como responsável e orientadora a Dr^a Maria José Menezes Brito, Professora Adjunta desta escola.

O estudo tem por objetivo compreender a identidade social de enfermeiros inseridos na Estratégia de Saúde da Família dos dez centros de saúde da Regional Centro-Sul do município de Belo Horizonte / MG. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de entrevistas. Ao ser entrevistado (a) você responderá a algumas questões referentes ao enfermeiro, o cotidiano de trabalho deste profissional e fatores que influenciam sua prática. Mediante sua autorização, as entrevistas serão gravadas com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e seu anonimato será garantido. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você

Espera-se que esta pesquisa possa revelar como tem sido delineada a identidade do enfermeiro neste lócus de atenção a saúde e contribuir com outros estudos sobre a temática. Além disso, pretende-se fornecer elementos importantes para se repensar o processo de formação do enfermeiro e subsidiar estratégias que potencializem as ações desse profissional e seu reconhecimento social, refletindo sobre foco de ação do enfermeiro na estratégia de saúde da família. Espera-se, enfim, que o projeto possa contribuir para o desenvolvimento de estratégias de gestão que fortaleçam a inserção deste profissional na estratégia de saúde da família. Pretende-se, ainda, revelar elementos importantes a respeito do processo de trabalho na saúde da família em uma perspectiva interdisciplinar.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de

consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Atenciosamente

Beatriz Santana Caçador
(Pesquisadora – Aluna do Curso de Mestrado da EE-UFMG)

Maria José Menezes Brito
Professora EE-UFMG
Orientadora da Pesquisa

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, _____/_____/_____

Nome da pesquisadora: Beatriz Santana Caçador Tel: (31) 9178-0907

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito Tel: (31) 3409-9849

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627, Unidade Administrativa II, 2° andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 3409-4592

Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CEP-PBH): Avenida Afonso Pena, 2336, 9° andar, Bairro Funcionários, Belo Horizonte/MG. CEP: 30.130-007. Tel: (31)3277-530

Apêndice B: Roteiro de entrevista – Sujeitos Nucleares

	Questionário de identificação (Enfermeiro)
Entrevista n°	
Data: ___/___/___	Horário de Início: ___ : ___ Horário de Término: ___ : ___
Local de realização da entrevista:	
Dados de identificação	
Entrevistado(a): Idade: Escolaridade: Estado civil: () casado(a) () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a) Tem filhos? Quantos? Tempo de trabalho na saúde da família: Especialização na área? Jornada de trabalho diária: 1) Formal: Horas 2) Informal: Horas Número de empregos anteriores: Cargos ocupados em outros empregos: Há quantos anos formado:	

	Roteiro de Entrevista: Enfermeiro
Entrevista n°:	
<ol style="list-style-type: none">1. Você poderia fazer uma apresentação sobre a sua pessoa?2. Fale o que significa para você ser enfermeiro de saúde da família.3. Como você se sente no exercício de sua função?4. Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como enfermeiro.5. Quais os principais aspectos, em seu dia-a-dia como enfermeiro, facilitam seu trabalho?6. Quais os aspectos, em seu dia-a-dia como enfermeiro, dificultam seu trabalho?7. Fale sobre seu relacionamento com os demais membros da equipe da ESF.8. Fale sobre sua formação acadêmica e a relação dela com seu cotidiano de trabalho9. O que você acha que as pessoas pensam de você como enfermeiro?10. Você gostaria de falar mais alguma coisa?	

Apêndice C: Roteiro de entrevista – Sujeitos Secundários

	<p style="text-align: center;">Questionário de identificação (Médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde)</p>
Entrevista n°	
<p>Data: ___/___/___ Horário de Início: ___ : ___ Horário de Término: ___ : ___ Local de realização da entrevista:</p>	
Dados de identificação	
<p>Entrevistado(a): Idade: Escolaridade: Sexo: Estado civil: () casado(a) () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a) Tem filhos? Quantos? Especialização na área? Tempo de trabalho na saúde da família: Jornada de trabalho diária: 1) Formal Horas 2) Informal: Horas Número de empregos anteriores: Cargos ocupados em outros empregos: Há quantos anos formado:</p>	
	<p>Roteiro de Entrevista: médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde</p>
Entrevista n°:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fale sobre a sua percepção a respeito do enfermeiro no cotidiano da saúde da família 2. Quais são, em sua opinião, os principais aspectos que facilitam o trabalho do enfermeiro? 3. E quais são os principais aspectos que dificultam o trabalho enfermeiro? 4. O que você acha da formação do enfermeiro? 5. Fale sobre o relacionamento do enfermeiro com (o nome da categoria profissional ou condição de usuário). 6. Fale sobre o relacionamento do enfermeiro com a comunidade. 7. Você gostaria de falar mais alguma coisa? 	

ANEXOS

Anexo A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa UFMG

10/12/12

attachment (1716x2464)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0128.0.203.000-10

Interessado(a): **Profa. Maria José Menezes Brito**
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 08 de junho de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Perfil e dinâmica identitária do enfermeiro gerente da rede de atenção à saúde de Belo Horizonte" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo B – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 006.2012A

Pesquisadora responsável: Maria José Menezes Brito

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CEP/SMSA/BH aprovou em 01 de junho de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família", bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH