



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Goulart de Souza, Marcia; Teixeira Mandu, Edir Nei; Nogueira Elias, Alessandra
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE SEU TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 772-779

Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71428558025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE SEU TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Marcia Goulart de Souza², Edir Nei Teixeira Mandu³, Alessandra Nogueira Elias⁴

¹ Pesquisa vinculada ao projeto - Ferramentas de monitoramento e avaliação da Estratégia da Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso, em 2006-2008.

² Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Cuiabá (UNIC). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: marciagoulartsouza@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: enmandu@terra.com.br

⁴ Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIC. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: le_elias@hotmail.com

RESUMO: Pesquisa com objetivo de analisar percepções de enfermeiros sobre o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. Estudo descritivo, qualitativo, baseado em fundamentos sócio-históricos e aspectos intersubjetivos do trabalho de enfermagem. Foram coletados dados em 11 unidades de Saúde da Família de Cuiabá, Mato Grosso, com 11 enfermeiros, via entrevista semiestruturada. Realizou-se análise temática dos dados. O trabalho do enfermeiro é concebido a partir de ações estratégicas e da prevenção, da atuação assistencial em contraponto à atuação gerencial, e da interação acolhedora com usuários. Localiza-se aderência a eixos propostos para o trabalho na Estratégia Saúde da Família e certo desconhecimento ou absorção acrítica destes, sobretudo no que diz respeito à promoção da saúde e à renovação da prática gerencial local. O estudo remete à importância da reflexão sobre o trabalho do enfermeiro e acerca das percepções em torno deste à construção do modelo da Estratégia Saúde da Família.

DESCRIPTORES: Programa Saúde da Família. Enfermagem. Trabalho. Valores sociais.

PERCEPTIONS OF NURSES REGARDING THEIR WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: This study aimed to analyze the perceptions of nurses regarding their work in the Family Health Strategy. It consists of a qualitative descriptive study based on the socio-historical foundations and intersubjective aspects of the nursing work. Data were collected in 11 Family Health Units in Cuiabá, Mato Grosso, Brazil, by means of semi-structured interviews with 11 nurses, and submitted to thematic analysis. The nursing work is perceived as based on strategic and preventive actions, on the participation in the delivery of care, in contrast to the administrative participation, and on embracing interactions with patients. The nurses demonstrated compliance with the axes proposed for the work in the Family Health Strategy and a certain lack of knowledge and unchallenged acceptance of these, especially with respect to the promotion of health and the renewal of the local administrative practice. This study reveals the importance of reflecting regarding the nursing work and the perceptions of nursing professionals as for the construction of the Family Health Strategy model.

DESCRIPTORS: Family Health Program. Nursing. Work. Social values.

CONCEPCIONES DE ENFERMEROS SOBRE SU TRABAJO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

RESUMEN: Investigación con el objetivo de analizar las percepciones de las enfermeras sobre su trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia. Estudio descriptivo, cualitativo, basado en fundamentos socio-históricos y aspectos subjetivos del trabajo de Enfermería. Los datos fueron recolectados en 11 unidades de la Salud Familiar de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, con 11 enfermeras, a través de una entrevista con preguntas abiertas y cerradas, se utilizó análisis temático. Las enfermeras escogen las acciones preventivas como centrales en su trabajo, priorizan la asistencia en contrapunto a la función gerencial y señalaron como importante la innovación en su práctica, la producción de interacción humanizada con los usuarios. Presentan adhesión a ejes propuestos para el trabajo en la salud de la familia y cierto desconocimiento en la absorción crítica de éstos, en especial en lo que dice respecto a la promoción de la salud y a las prácticas de gestión local. El estudio se refiere a la importancia de la reflexión sobre el trabajo de las enfermeras y las percepciones alrededor de esta para construcción del modelo de la Estrategia de Salud de la Familia.

DESCRIPTORES: Programa de Salud Familiar. Enfermería. Trabajo. Valores sociales.

INTRODUÇÃO

O trabalho do enfermeiro é de natureza sócio-histórica, moldado por características da atenção à saúde que predomina no Brasil, em sua configuração específica nas diferentes localidades, em meio às novas proposições e construções nacionais/locais de remodelação da assistência; assim como é delineado por características históricas da profissão.¹⁻²

Ele é ação técnica produtiva, político-ética, interativa, permeada por algum autogoverno. O enfermeiro atua intersubjetivamente sobre necessidades de saúde utilizando-se de diferentes tecnologias, em um processo direcionado por finalidades sociais e posicionamentos assumidos. Nesse ato produtivo, o profissional mobiliza um saber-fazer próprio e outros compartilhados, que abrangem percepções ou modos de conceber, valorar, sentir e projetar a prática em saúde e enfermagem.¹⁻³

Essas percepções compõem o trabalho e são expressivas, em alguma medida, do modo como se configura o seu processo de objetivação. Elas o integram, configurando-se como saber que o sustenta, ao tempo que permitem certa aproximação do modo como ele se efetiva.³

Desse modo, é importante conhecer como enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) percebem sua prática nesse espaço, uma vez que concepções, valores e projeções em torno desta sugerem o modo como ela vem concretizando-se e indicam perspectivas que a direcionam.

O modelo da ESF propõe a renovação da atenção básica segundo os preceitos da universalidade, integralidade, equidade, participação e continuidade, em um contexto de descentralização e controle social, tendo em vista avançar do controle das doenças à promoção da saúde, mediante assistência humanizada, com vínculo, acolhimento e responsabilização, voltada às diversas necessidades locais e específicas das famílias territorializadas.

Para o trabalho gerencial, esse modelo propõe, dentre outras, ações sistemáticas de desenvolvimento dos trabalhadores, e de planejamento e avaliação das práticas locais, baseados na produção e análise de informações em saúde e integrados às políticas estabelecidas. Nele são indicadas ações educativo-assistenciais e de promoção da saúde a serem realizadas no interior do serviço, nos domicílios e na comunidade. A promoção da saúde é apresentada como uma das áreas estraté-

gicas à operacionalização da ESF, valorizando-se a educação em saúde, a mobilização e o controle social, e a realização de parcerias.⁴

Essa área requer ações sobre os determinantes/condicionantes do adoecimento além dos muros das unidades e do próprio sistema de saúde, com o objetivo de propiciar condições e modos de vida a pessoas e grupos para reduzir riscos e vulnerabilidades, relacionados às maneiras de viver, pensar e agir, a condições de trabalho, habitação, educação, lazer, ao ambiente, à cultura, ao apoio social às famílias e aos indivíduos, incluindo o acesso a bens e serviços essenciais, como os de saúde, dentre outros aspectos.⁵ A promoção da saúde abrange o fortalecimento da capacidade individual e coletiva das pessoas e grupos para lidar com a diversidade das causas da saúde-doença, tendo em vista favorecer a autonomia do cidadão e o fortalecimento da ação comunitária, através do incremento do seu poder técnico e político.⁶

A construção da ESF requer mudança nas práticas profissionais, a ser realizada de forma comprometida com os seus preceitos e proposições estratégicas. De modo que, espera-se que as equipes que nela atuam concebam o seu trabalho tendo em vista tais referências.

Isso é especialmente importante para o enfermeiro, que ocupa um espaço de liderança na equipe, coordenando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACs) e da equipe de enfermagem, participando do gerenciamento local e da educação de trabalhadores, além de realizar ações assistenciais específicas e compartilhadas.

É fundamental, pois, identificar tais percepções e correlacioná-las ao desafio de reconstruir as práticas da atenção básica, pois esses trabalhadores expressam, através delas, adesão e/ou resistência, desconhecimento e/ou absorção crítica/acrítica das propostas de mudança para a atenção básica e suas implicações para o trabalho.

Apesar de importante, esse é um tema pouco abordado nos estudos nacionais dos últimos cinco anos.⁷⁻⁸ Essa lacuna evidencia, assim, a importância do estudo, que busca responder à questão: De que maneira o enfermeiro vincula o seu trabalho a mudanças propostas no modelo de ESF?

O seu objetivo é analisar como enfermeiros que atuam na atenção básica de Cuiabá, Mato Grosso, concebem a sua prática, considerando sua coparticipação na configuração da ESF e a sua aproximação e distanciamento das mudanças pretendidas.

Compreende-se que as percepções de enfermeiros sobre o próprio trabalho relacionam-se ao contexto mais geral de suas vidas, ao contexto institucional de saúde e enfermagem e aos modelos de atenção em confronto, assim como a posições críticas ou acríicas assumidas em torno de sua reprodução-transformação.⁹ O que implica na adoção de posições político-éticas.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo, realizado em Unidades de Saúde da Família (USF), de Cuiabá, Mato Grosso.

Em 2008, Cuiabá possuía 37 USF (com cobertura de 30% de sua população), sendo 13 situadas na Região Norte, três na Região Sul, 10 na Região Leste, e 11 na Região Oeste. Todas com equipes de saúde com um médico, uma enfermeira, dois a três auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e cinco a seis ACs.

Participaram 11 USF da Região Norte e 11 enfermeiros nelas atuantes. Foram excluídas duas unidades do total existente na região, que se encontravam sem enfermeiro por ocasião da coleta de dados. Essa escolha deu-se em função da região ter sido eleita pela Universidade Federal de Mato Grosso e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá para atividades de integração ensino-serviço, mediadas pela pesquisa.

Os dados foram coletados entre agosto e dezembro de 2008. Realizou-se entrevista semiestruturada gravada, feita no próprio serviço, no tempo médio de uma hora, com instrumento previamente testado, contendo: questões de identificação e caracterização do perfil sociodemográfico, de formação e trabalho dos participantes; e indagações sobre as práticas realizadas por enfermeiros na ESF e pontos de vista sobre elas.

Fez-se análise de conteúdo temática do material empírico,¹⁰ mediante: 1) leitura exaustiva das entrevistas e identificação dos núcleos de sentido; 2) agrupamento dos temas afins; e 3) construção das categorias empíricas. O processo foi orientado pelo objeto, objetivos e fundamentos do estudo. Identificou-se três categorias centrais, elucidativas dos aspectos do trabalho valorizados por enfermeiros: 1) sua circunscrição a ações estratégicas, tendo em vista a prevenção de doenças; 2) a assistência como o que lhes compete no modelo de ESF; e 3) a interação mais efetiva com o usuário como o diferencial em sua prática assistencial.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer 545/julho2008, observando-se todas as recomendações pertinentes, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os enfermeiros estudados, em sua maioria, eram mulheres (81,1%), com idade entre 40 e 49 anos (77%); graduados em instituições públicas (72,7%) há mais de 10 anos (81,7%). A maior parte sempre atuou na atenção básica (81,8%), possuía experiência entre seis e 10 anos na ESF (81,8%), era especialista em Saúde da Família (54,5%) e/ou em Saúde Pública (72,7%), sendo que pequena parte (27,2%) acumulava essas duas especializações. A maioria também possuía vínculo empregatício de estatutário (90%), foi incorporada à ESF por processo seletivo interno (64%), e possuía outro vínculo empregatício (54%).

A circunscrição do trabalho do enfermeiro a ações estratégicas à prevenção de doenças

Os enfermeiros entrevistados apontam a ESF como um “novo” modelo de atenção básica, em substituição ao modelo tradicional dos centros de saúde, largamente presente na cobertura assistencial da população na rede básica do município.

A Saúde da Família propõe mudanças na organização e prática assistencial e gerencial da atenção básica,⁴ projetadas no contexto das reformas do setor saúde que resultaram no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com essa estratégia busca-se efetivar ações integradas de prevenção, cura e promoção da saúde, mediante atenção à demanda, ações estratégicas, vigilância territorial à saúde e ações programadas conforme a realidade sócio-epidemiológica local.⁴

Desse conjunto, enfermeiros destacam a realização sistemática das ações estratégicas, em consonância com a interpretação de que a finalidade da assistência nesse espaço é a prevenção de doenças de indivíduos, famílias e comunidades.

A gente aqui trabalha com prevenção. Prevenção mesmo. Inclusive tem muita gente que vem passando mal, daí a gente conversa: ‘Aqui é só ESF, a gente vai encaminhar você pra policlínica. Porque, aqui, é só prevenir mesmo’ (E6).

Eu divido todos os dias da semana com os programas. Então, nas segundas-feiras, trabalho com hipertensos e diabéticos; na terça-feira, com as gestantes; na quarta-feira, com a saúde da mulher; na quinta-feira, com a saúde da criança; a sexta-feira fica em aberto para reuniões, discussões com a equipe e com os ACS (E3).

Assim, as interpretações em torno da direcionalidade do próprio trabalho são coerentes com essa perspectiva. Este, como parte da prática coletiva, é concebido como tendo por finalidade última “prevenir doenças”.

A dificuldade maior é essa, colocar na cabeça da população o que é a ESF, qual é o nosso objetivo [da enfermagem], conscientizar o que é melhor pra saúde deles e eles aceitarem que o nosso trabalho é prevenir mesmo (E7).

Esse entendimento articula-se a como a ESF vem se concretizando no país e particularmente em Cuiabá, organizada principalmente em torno da atenção à demanda e de ações estratégicas estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴: de controle da diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose; de pré-natal; de prevenção do câncer de mama e colo uterino; e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Essas ações, desenvolvidas e concebidas com um caráter preventivo-curativo, são apontadas por enfermeiros como inovação no trabalho da atenção básica, uma vez que substituem a organização da oferta de ações concentrada em torno da atenção à demanda, existente nos tradicionais centros de saúde, direcionando a sua atuação junto a grupos específicos.

O posicionamento, de certo modo, desconsidera que a atuação da equipe na ESF, incluindo a do enfermeiro, também deve voltar-se à diversidade e dinamicidade das necessidades de saúde dos territórios locais, através de outras ações específicas e que tenham, além disso, o caráter de promoção da saúde.

Embora as ações estratégicas não devam ser negligenciadas, pois foram instituídas para ampliar a cobertura e qualidade da atenção a grupos de risco,¹¹ o trabalho na ESF precisa considerar a abrangência e as especificidades de saúde dos territórios.

A PNAB, apesar de privilegiar as ações estratégicas a certos grupos, a partir de uma perspectiva de risco fortemente incorporada em suas proposições técnico-políticas, propõe a programação de ações a partir das condições locais de saúde e

apresenta a promoção da saúde como uma área a ser desenvolvida.^{4,11}

O eixo da territorialização, nela proposto,⁴ permite considerar problemas epidemiologicamente identificados, os seus determinantes e, ainda, a subjetividade e individualidade das famílias envolvidas na saúde-doença e nas práticas de cuidado. Esse componente é fundamental à abordagem ampla das necessidades de saúde e à promoção da saúde, além de possibilitar a prática de prevenção de forma mais alargada.

Sendo a atenção básica configurada como ordenadora do contato da população com o sistema de saúde,⁴ o trabalho deve ser organizado a partir da identificação das suas diversas necessidades de saúde, para que se responda de forma apropriada a elas e/ou para que se articule respostas em outros âmbitos, responsabilizando-se, com outros serviços e agentes, por sua resolutividade.

Isto é importante, sobretudo na prática do enfermeiro, na medida em que este profissional, historicamente, tem se responsabilizado por estabelecer elos profissionais/institucionais, para que respostas mais efetivas à saúde de usuários sejam encaminhadas.

A ESF deve, ao se responsabilizar pela saúde dos territórios, extrapolar preocupações curativas e preventivas do modelo tradicional de atenção básica, buscando promover acesso a melhores condições e modos de vida das famílias, incluindo a sua participação na defesa da saúde, pois nisso reside um importante fundamento da mudança modelar pretendida.^{4,11} A realização de ações intersetoriais é um dos objetivos do trabalho das equipes locais, assim como a realização de educação em saúde voltada à produção de participação como exercício de cidadania.

Essa tarefa é responsabilidade da equipe da ESF, assim como de outros trabalhadores da saúde e de outros setores. A sua efetivação depende de concepções e valores que a integrem ao conjunto das responsabilidades sociais comuns de prestação/realização de cuidados à saúde. Portanto, é importante que enfermeiros ampliem a leitura restrita às finalidades preventivas de sua prática e à suficiência de sua participação em ações estratégicas, visando à construção político-ética e compartilhada de finalidades e ações mais abrangentes, coerentes com a integralidade em saúde.

Desse modo, a percepção que circunscreve o trabalho do enfermeiro à prevenção e às ações estratégicas deve ser objeto de revisão crítica, resgatando-se a relação do trabalho do enfermeiro

com a abordagem ampla de necessidades de saúde dos territórios e com a promoção da saúde, que se constituem em importantes eixos de inovação pretendida para a atenção básica, direcionada pela perspectiva de integralidade.

A assistência como o que compete a enfermeiros no modelo da ESF

A prática de enfermeiros na ESF é expressa, por estes, em seus dois componentes históricos: assistência e gerência, sendo ambos legitimados como constituintes das suas responsabilidades:

O trabalho do enfermeiro na ESF, pra mim, tem a parte assistencial, que a gente atende os programas, e a parte administrativa. Além da comunidade que a gente também tem que trabalhar (E7).

A assistência e a gerência integram o trabalho do enfermeiro na ESF em Cuiabá, incluindo ações relacionadas ao seu núcleo específico de competências e ao campo partilhado com outros profissionais. Ambas têm sustentação na história e legislação profissional, nos modelos de atenção e políticas de saúde nacionais e locais, e nas experiências, conhecimentos e valores que conformam o trabalho cotidiano de enfermeiros.

As ações assistenciais destacadas encontram-se aderidas à prioridade dada à finalidade de prevenção de doenças e às ações estratégicas. Nessa direção, enfermeiros evidenciam como parte de suas tarefas as consultas e os procedimentos mais complexos específicos de enfermagem, e reportam-se a outras ações compartilhadas com a equipe, como visitas domiciliares e educação em saúde:

[...] faço visitas domiciliares, quando dá e de acordo com a programação da unidade. Saio na companhia das agentes e dos técnicos pra ver as famílias, conversar, ter mais vínculo. Faço palestras nas escolas, nas comunidades, faço curativos mais complexos e acompanho todos os da unidade. É o que me cabe (E9).

[...] o enfermeiro na ESF deve fazer as palestras, fazer educação em saúde nas escolas, creches, em centros comunitários, reuniões de gestantes, DST/AIDS, palestra com usuários de drogas, e as consultas (E6).

No campo do gerenciamento do cuidado, reconhecem como constituintes de sua prática a organização e a supervisão do trabalho da equipe de enfermagem e dos ACs:

[...] eu supervisiono as ACs e os técnicos de enfermagem, que me passam todas as ações que realizam, conversamos e trocamos opiniões para a melhora de cada caso e família [...] (E9).

[...] as consultas de enfermagem são minhas, a coleta do preventivo só eu faço. A organização dos trabalhos também sou eu que realizo; divido as funções e organizo a dinâmica da equipe [de enfermagem e dos ACs] (E2).

Apesar de o trabalho do enfermeiro na ESF em Cuiabá abranger a assistência e o gerenciamento, ele se concentra na primeira esfera, através das consultas, das atividades de educação em saúde, da visita domiciliar e da realização de procedimentos de enfermagem.

No Brasil, esse trabalho não apresenta configuração uniforme e se diversifica em diferentes contextos. De modo geral, são evidenciadas como atividades assistenciais do enfermeiro na ESF: a consulta e os procedimentos de enfermagem; as atividades educativas; as visitas domiciliares; as ações de vigilância e outras ações comunitárias. Já as ações de gerenciamento incluem: as atividades de coordenação e gerenciamento das ações de enfermagem e do serviço local, e a facilitação da comunicação e inter-relação dos trabalhos.¹²⁻¹⁵

A PNAB define as atribuições dos trabalhadores locais, propondo que atuem por meio de “práticas gerenciais e sanitárias”, sob a forma de trabalho em equipe.⁴ A política estabelece para o enfermeiro: as consultas de enfermagem, os procedimentos e as atividades estabelecidos em protocolos, o gerenciamento das ações de enfermagem e dos ACS, e o gerenciamento de insumos do espaço terapêutico.

Com os demais membros da equipe, o enfermeiro deve realizar a assistência humanizada à população, na unidade, nos domicílios e demais espaços comunitários, e participar da coordenação do cuidado em outros pontos de atenção do sistema. No gerenciamento local deve participar da territorialização, da produção de informações e diagnósticos atualizados em saúde, do planejamento, programação e avaliação das ações locais, da promoção de participação política e de controle social da comunidade, e da educação dos trabalhadores.⁴

Historicamente, a prática do enfermeiro é caracterizada por certa dicotomia entre ações assistenciais e gerenciais e por tensões decorrentes, encontrando-se certa idealização em torno do assistir, que enfermeiros consideram conferir identidade à profissão, enquanto o profissional ocupa-se centralmente da prática gerencial do trabalho de enfermagem e da geração de condições para que o trabalho dos demais profissionais se realize.¹

Essa característica parece reproduzir-se na

ESF em Cuiabá e no modo como enfermeiros concebem o seu trabalho nesta. É através da assistência que estes se veem participando da sua construção e assumindo o que lhes compete. Entretanto, diferentemente da idealização histórica em torno do assistir, enquanto se ocupam majoritariamente do gerenciar, no cenário em foco ocupam-se, sobretudo, das ações assistenciais.

As tensões deslocam-se para a divisão de tarefas em torno do gerenciamento do trabalho coletivo na ESF, envolvendo conflitos, sobretudo, com os médicos e com a gestão central. A responsabilização de forma desigual é vista como um problema que interfere no resultado do que entendem ser o trabalho específico do enfermeiro, particularmente pela “sobrecarga que provoca”.

A parte toda burocrática fica para o enfermeiro. O enfermeiro da ESF tem que fazer a parte burocrática sim. Mas não só ele. Somos uma equipe. Tenho meus deveres tanto como o médico. Têm todas aquelas atribuições sobre o que é do enfermeiro: organizar, planejar o serviço da enfermagem, os atendimentos de enfermagem. A assistência de enfermagem é que é do enfermeiro. É esse o papel do enfermeiro na ESF (E3).

Se tiver que fazer não sabe o quê, é o enfermeiro sozinho. Se tiver uma reunião de planejamento na SMS é o enfermeiro que tem que ir. O médico nem vai, nem é convocado. O que é preconizado pelo Ministério não é só o enfermeiro fazer, mas todos fazerem. Acumula função em cima do enfermeiro. A gente até esquece o que realmente deve fazer ou faz correndo (E7).

Essas tensões existentes em torno da distribuição equitativa das tarefas de gerenciamento local deslocam a atenção dos enfermeiros da importância deste para a construção do modelo pretendido com a ESF e, também, de suas intersecções com a gestão do cuidado de enfermagem e das ações dos ACs, que é uma atribuição específica do enfermeiro. O gerenciamento é pensado como ação burocrática.

Em Cuiabá, a articulação dos vários trabalhadores em torno das tarefas gerenciais é dificultada pela inexistência do trabalho em equipe integrado, além do quê, as unidades funcionam com a equipe mínima, e inexistente o cargo de gerência ou a figura do gerente na ESF. Também, o âmbito central demanda do enfermeiro responsabilidades gerenciais, sem que isto passe por acordos que envolvam a equipe e sem que ocorra a viabilização de condições adequadas de trabalho à sua realização.

O trabalho em equipe integrado configura-se na reciprocidade entre as várias áreas técnicas e na interação dos agentes do trabalho, incluindo a ges-

tão central. Nessa modalidade de trabalho busca-se superar a desigualdade existente entre os trabalhos e agentes e resgatar a interdependência destes. A comunicação é central nessa articulação, facilitando a negociação de um projeto comum de trabalho, a cooperação e o enfrentamento das dificuldades.²

Inexistindo um trabalho em equipe com essas características e condições para seu exercício, a fragmentação, as hierarquias e imposições existentes no trabalho local, dentre outros aspectos, acabam por propiciar tensões e dificuldades no trabalho que influem na desconsideração dos enfermeiros de como deve se dar o gerenciamento local e a sua participação neste na ESF.

Nesta, prevê-se que o enfermeiro responsabilize-se conjuntamente pela produção, análise e uso de informações em saúde, pela avaliação e planejamento sistemáticos e participativos, pela efetivação do trabalho em equipe, pela educação permanente, dentre outras ações da prática gerencial local, tendo em vista a sua contribuição para a (re)organização do trabalho na unidade e de seu específico trabalho. Mas, de fato, condições para tal precisam ser viabilizadas e articuladas na equipe.

Esse aspecto é particularmente importante também porque a gerência local é um meio essencial para desencadear reflexão e revisão da prática, comprometida com as mudanças pretendidas, assim como com a superação da fragmentação e tensões que permeiam o trabalho coletivo cotidiano.¹⁵

Interação mais efetiva com o usuário como diferencial do trabalho do enfermeiro na ESF

Enfermeiros projetam como parte das mudanças em construção em sua prática, coerentes com inovações pretendidas para a ESF, o que nominam como humanização, sensibilidade, acolhimento, conversa, escuta, vínculo.

A gente tem que mudar nossa forma antiga de trabalhar a consulta de enfermagem. Assim, antes, a gente só via a queixa, agora gente tem que ser mais sensível. Tem que ter mais vínculo, saber atender a família, tem que ter acolhimento (E8).

Uma coisa que nunca pode faltar no nosso trabalho é a humanização, o acolhimento. Então, eu faço assim, eu consulto as gestantes e as crianças, converso, escuto o que elas têm pra me dizer, procuro sempre acolher (E6).

A produção de interações mais efetivas entre o trabalhador e o usuário tem sido afirmada como constituinte de um novo modo de encaminhar as práticas na ESF, que permite aos envolvidos cons-

truções conjuntas e inúmeras possibilidades de atuação, além de propiciar a produção do cuidado e a satisfação de necessidades de saúde.

O acolhimento, enquanto um modo de se relacionar com o usuário, é considerado um dispositivo indispensável ao bom desempenho assistencial. Ele consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das suas necessidades de saúde e das formas possíveis de satisfazê-las; e pressupõe uma atitude de comprometimento em recebê-lo, escutá-lo e tratá-lo de forma humanizada, por meio de uma relação de mútuo interesse, estruturada como “relação de ajuda” profissional.¹⁶

A ampliação da qualidade relacional e de sua capacidade de potencializar o processo terapêutico é favorecida pelo vínculo estabelecido entre usuários e trabalhadores/serviços. O vínculo é uma ferramenta de consolidação de referências nos profissionais e de sua responsabilização para com a população dos territórios de saúde.¹⁷

Coerentemente, para enfermeiros, a ESF inova ao buscar efetivar a atenção à saúde baseada na construção de vínculo e responsabilização com a população atendida, na medida em que o profissional se disponibiliza, cria laços com ela, e a acolhe em seus sofrimentos, e essa importante tarefa é vista como parte das inovações de seu trabalho na ESF.

Aqui na ESF as pacientes estão acostumadas comigo e eu vejo nelas dificuldades que vivencio em minha vida que, na nossa troca de experiências, contribui para nós duas, cria vínculo entre a gente. Um dia, uma moça chegou aqui na ESF e me abraçou, chorando. Trouxe ela pra minha sala e comecei a conversar. Ela me disse que só eu poderia ajudá-la naquele momento. Eu pensei: meu Deus! É muita responsabilidade. Aí ela foi me falando que estava desmamando a criança e que isso estava sendo muito difícil, ver a criança chorando. O seio dela endurecido e doloroso e a família na cabeça dela. Ela se lembrou de mim como a única pessoa que podia ajudá-la. Isso é a responsabilidade do profissional da família. É isso, o vínculo, o acolher, as coisas importantes que a gente tenta fazer pra promover e prevenir. Essa troca é muito boa (E7).

Os enfermeiros expressam uma visão positiva sobre sua prática em relação ao componente interação com as famílias e seus membros, considerando a introdução/valorização de tecnologias leves, vistas como diferenciais no modelo em construção.

Essas tecnologias têm sido historicamente valorizadas por enfermeiros, dentre outras ra-

zões, pelo fato de que o seu núcleo específico de trabalho é o cuidar, processo este permeado pelo contato próximo com o usuário e suas diferentes necessidades de saúde.

Essa compreensão encontrada é relevante e deve ser desenvolvida, ainda mais pelas características das interações destacadas, pois elas indicam proximidade com o que se projeta para as relações entre usuários e trabalhadores de saúde na ESF, tendo em vista a produção da assistência na perspectiva da integralidade e humanização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo, o trabalho do enfermeiro na ESF é concebido a partir de ações estratégicas preconizadas na PNAB e da finalidade de prevenção de doenças, da dimensão assistencial em contraponto à dimensão gerencial, e de formas mais efetivas de interação com usuários, pautadas no acolhimento, no vínculo e na responsabilização.

Localiza-se aderência a proposições feitas para o trabalho na ESF e certo desconhecimento e absorção acrítica destas, sobretudo no que diz respeito às suas finalidades, com a correspondente ampliação das ações assistenciais, e à renovação da prática gerencial projetada. O estudo remete à necessidade da reflexão sobre o trabalho do enfermeiro e suas percepções em torno deste à construção da ESF.

O modo de conceber o próprio trabalho nesse modelo é permeado por características da atenção básica em Cuiabá, por seus limites, contradições e avanços. A ampliação dessas percepções exige a compreensão da complexidade envolta na construção da estratégia proposta, o que passa por investimentos conjuntos contínuos na produção de novos sujeitos e em mudanças na organização do trabalho local. A prática do enfermeiro na ESF se insere em um modelo em transição, daí a necessidade de valorizar processos crítico-reflexivos sistemáticos em torno de sua configuração, tendo em vista a renovação dos modos tradicionais de conceber a prática e a apropriação e o uso de tecnologias coerentes com as mudanças propostas.

A aproximação reflexiva entre o trabalho concebido e o cotidiano, via educação permanente, é um caminho recomendado para reconstruir o pensar e a prática. Essa prática requer, dos enfermeiros e de outros profissionais, tanto o acesso como a crítica ao proposto, para que o tomem como uma referência para a construção/reconstrução cotidiana do trabalho específico e

compartilhado. É criticando, (re)significando, (re)valorando, produzindo novos conhecimentos e ações que a equipe pode afetar positivamente os contornos do trabalho na Saúde da Família.

Novos estudos devem ser desenvolvidos, dado o caráter dinâmico das ideias apreendidas, buscando-se evidenciar aspectos ímpares do saber-fazer do enfermeiro, tendo em vista acompanhar o modo como se configura a sua participação intersubjetiva nos rumos da atenção básica no país.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MCP, Rocha SM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997. p. 15-26.
2. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011 Abr-Jun; 21(2):629-46.
3. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. *Cadernos CEFOR*. São Paulo (SP): Prefeitura Municipal de São Paulo; 1992.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): MS; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2010.
6. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2003. p. 39-53.
7. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* [online] 2008 [acesso 2012 Jan 20]; 42(2):256-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a06.pdf>
8. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2009 Abr-Jun; 18(2):233-40.
9. Chauí M. *Convite à filosofia*. São Paulo (SP): Ática; 2000.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
11. Freitas MLA, Mandu ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul Enferm* [online]. 2010 [acesso 2012 Jan 20]; 23(2):200-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>
12. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. *Rev Rene*. 2008 Abr-Jun; 9(2):120-8.
13. Schimith MD, Lima MADS. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. *Rev Enferm UERJ*. 2009 Abr-Jun; 17(2):252-6.
14. Silva VG, Motta MCS, Zeitoun RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Rev Eletr Enf* [online]. 2010 [acesso 2012 Jan 20]; 12(3):441-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>
15. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enferm* 2009 Abr-Jun; 18(2):313-20.
16. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.
17. Silva JAG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 241-57.