

SER ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES
BEING A NURSE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAMME: CHALLENGES AND POSSIBILITIES
SER ENFERMERO EN EL PROGRAMA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: RETOS Y POSIBILIDADES

Beatriz Santana Caçador¹
Maria José Menezes Brito²
Danielle de Araújo Moreira³
Lilian Cristina Rezende⁴
Gláucia de Sousa Vilela⁵

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal de Viçosa – UFV. Belo Horizonte, MG – Brasil
² Enfermeira. Pós-Doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil
³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil.
⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. EEUFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora de Enfermagem do município de Itatiaiuçu. Itatiaiuçu, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Danielle de Araújo Moreira. E-mail: danimg12@yahoo.com.br
Submetido em: 23/09/2014 Aprovado em: 06/07/2015

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um distrito sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa cuja coleta de dados foi feita por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, observação e diário de campo. Foram sujeitos sete enfermeiros. Os resultados evidenciam que o cotidiano do enfermeiro na ESF é marcado por sobrecarga de trabalho que prejudica a realização das ações específicas da saúde da família. A implantação do Protocolo de Manchester fortalece a lógica da demanda espontânea em detrimento das ações de promoção da saúde. Os desafios perpassam a melhoria nas condições de trabalho, nos aspectos organizacionais e assistenciais. As possibilidades se traduzem em mais autonomia e potencial do enfermeiro em implementar práticas de cuidado mais coerentes com a política social.

Palavras-chave: Condições de Trabalho; Saúde da Família; Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

The present study aimed at analysing the nursing challenges and career opportunities in the (FHS) in a Health District of Belo Horizonte, Minas Gerais. It is a qualitative study; data was collected through individual semi-structured interviews, observation and field diary. The study subjects were ESF nurses from seven health centres. The results demonstrated that the nurse's daily routine is characterized by work overload that impairs carrying out ESF specific actions. The challenges are the improvement of working conditions related to organization and care process; possibilities mean more autonomy so this professional can implement care practices more in tune with social policies.

Keywords: Working Conditions; Family Health; Health Services; Public Health Nursing.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar los retos y posibilidades laborales del enfermero en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de un distrito sanitario de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. Se trata de un estudio cualitativo cuya recogida de datos se realizó a través de entrevistas individuales con guión semiestructurado, observación y diario de campo. Los sujetos fueron siete enfermeros. Los resultados mostraron que el día a día del enfermero de la ESF se caracterizaba por la sobrecarga de trabajo que perjudicaba el quehacer de las tareas específicas de la salud de la familia. La implementación del Protocolo de Manchester fortalece la lógica de la demanda espontánea a expensas de las acciones de promoción de la salud. Los retos van más allá de la mejora de las condiciones de trabajo, en las cuestiones de organización y de servicios. Las posibilidades se reflejan en más autonomía y potencial del enfermero para implementar prácticas de cuidado más coherentes con la política social.

Palabras clave: Condiciones de Trabajo; Salud de la Familia; Servicios de Salud; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A presença do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se mostrado fundamental para a expansão e consolidação dessa estratégia na reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Isso porque esse 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.

A ESF consolida-se como *locus* importante para atuação do enfermeiro que, além da capacidade técnica, deve construir vínculo permanente com a comunidade para efetivar ações individuais e coletivas específicas, de acordo com as demandas e necessidades do indivíduo e sua família.

Os profissionais inseridos na ESF lidam com todo o processo saúde-doença-cuidado.¹

Os trabalhadores da saúde da família devem cumprir metas, participar de reuniões e ao mesmo tempo atender aos imprevistos, os quais abrangem demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários e questões administrativas que muitas vezes vão além das funções previamente estipuladas para os profissionais.²

No contexto da Atenção Primária à Saúde, um cenário diferenciado se apresenta aos trabalhadores da enfermagem. Além dos riscos ocupacionais enfrentados em outros níveis de cuidado, os trabalhadores lidam com novas dificuldades no campo da organização do processo de trabalho, visando a atender às demandas dos usuários e a alcançar os princípios e diretrizes estabelecidos para a reorganização do serviço.³

Um serviço organizado permite mais dedicação às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, pois essas atividades geralmente não são desempenhadas, devido a grande parte do tempo ser destinada às questões burocráticas e à demanda espontânea.

Além disso, a organização dos profissionais na equipe é fundamental para assegurar a qualidade do serviço prestado. A esse respeito, salienta-se que, além da composição adequada de uma equipe, é exigido um novo perfil profissional, com necessidade constante de capacitação, formação e educação permanente. Ademais, o bom relacionamento entre os profissionais propicia assistência adequada aos usuários e qualidade de vida no trabalho, prevenindo adoecimento, absenteísmo, sentimento de impotência e frustração.

Inserido na equipe de saúde da família, o enfermeiro desempenha atividades de natureza educativa, assistencial e administrativa, contribuindo de forma significativa para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à população. Considerando o exposto e tendo em vista a importância do enfermeiro na ESF, necessário se faz conhecer as vivências presentes no cotidiano da saúde da família.

Desse modo, o objetivo deste artigo é analisar os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na ESF em um distrito sanitário de Belo Horizonte.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa enfoca 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.⁴⁻⁶ Assim, ao pesquisador cabe ir a campo para investigar minuciosamente o fenômeno sob a perspectiva dos atores nele envolvidos.

Foram sujeitos do estudo sete enfermeiros de sete centros de saúde de uma regional de saúde do município de Belo Horizonte. Os critérios de inclusão no estudo foram: possuir mais de cinco anos de atuação na ESF, por se acreditar que a maior trajetória da vivência profissional possibilita informações relevantes a respeito do tema de estudo.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado e observação não participante. O roteiro semiestruturado teve as seguintes questões norteadoras: você poderia fazer uma apresentação sobre a sua pessoa? Fale o que significa para você ser enfermeiro de saúde da família. Como você se sente no exercício de sua função? Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como enfermeiro de saúde da família. Para tanto, as entrevistas foram previamente agendadas com os enfermeiros por meio de contato telefônico. Foram realizadas no centro de saúde, em local reservado, na data e horário escolhidos pelos sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e sua transcrição foi efetuada na íntegra. Para garantir o anonimato dos sujeitos os depoimentos foram identificados pela letra "E" seguida da numeração correspondente à ordem da entrevista (ex: E1). Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.⁷ A análise de conteúdo prevê a organização do processo de análise em três polos cronológicos, a saber: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados; e, por último, a inferência e interpretação.

A pré-análise foi realizada por meio do preparo e da leitura exaustiva do material. Após a transcrição, as entrevistas foram ordenadas de acordo com as questões do roteiro semiestruturado. Nessa etapa, buscou-se extrair aspectos convergentes e divergentes dos enunciados para esboçar categorizações analíticas prévias. Durante a leitura flutuante das entrevistas, fica mais evidente 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 se busca a apreensão dos elementos de relevância manifestados pelos sujeitos do estudo. Na etapa subsequente, foi feito o tratamento dos dados median-

te 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 mais densidade à investigação do fenômeno.

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 pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte (Parecer: 006.2012A), em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cotidiano do enfermeiro de saúde da família do cenário deste estudo é permeado por conflitos relativos ao seu exercício profissional e às expectativas que projetam no seu desempenho. Tais conflitos decorrem da luta permanente pela produção de novos modos de fazer saúde em um contexto no qual predominam estratégias de gestão e aspectos ideológicos que reforçam o modelo instituído.

Uma das características marcantes do cotidiano é a sobrecarga de trabalho, que decorre da necessidade de oferecer respostas às demandas relacionadas ao funcionamento do centro de saúde e à população e, ainda, às metas estabelecidas, pactuações e indicadores. Compete também ao enfermeiro introduzir práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, identificando riscos na comunidade e neles intervindo.

A despeito de reconhecerem suas atribuições, os enfermeiros entrevistados explicitam que a sobrecarga de trabalho produz impactos na qualidade da assistência prestada, ocasionando sentimentos de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho na ESF.

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 comunitários, então, a gente sabe que não faz isso bem feito [...] E como convivem duas realidades aqui dentro, uma da saúde da família e a outra da demanda espontânea que chega [...] 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).

Corroborando o exposto, pesquisa⁸ revela que a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções do enfermeiro compro-

metem as ações da equipe, impossibilitam a longitudinalidade do cuidado e a efetivação das ações preconizadas pela ESF. Os autores relatam dificuldades quanto à responsabilização por questões gerenciais e assistenciais, priorizando demandas que requerem respostas mais urgentes, ficando distante da realidade e das necessidades da população.⁸

O cotidiano do enfermeiro é marcado pelo conflito de ter que se responsabilizar pelo conjunto de atividades que compõe a dinâmica de funcionamento do centro de saúde e o trabalho específico da ESF. A cobrança que se impõe aos enfermeiros não é proporcional às condições que lhes são dadas para responder com qualidade às prerrogativas da saúde da família e ao atendimento da demanda espontânea. Sendo assim, observa-se a vivência de situações conflituosas nas tomadas de decisões, reconhecendo que alguma atividade será negligenciada para que outra seja realizada.

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 abarca a necessidade do usuário, de modo a 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.

A respeito da diferença entre demanda e necessidade de saúde, destaca-se que a primeira corresponde à necessidade traduzida na oferta disponibilizada pelos serviços de saúde. Ou seja, no âmbito das atividades disponibilizadas no centro de saúde, 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 à 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, considerando seu contexto de vida, seus valores e crenças.⁹

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.

Demanda muito grande atrapalha também, por exemplo, o acolhimento. A demanda espontânea é muito grande, então isso atrapalha também. A quantidade de

agudos que hoje procuram os centros de saúde, acho que as UPAs tinham que ser mais incrementadas. Eu vejo que tem projetos pra isso, a prefeitura tem projeto de ampliar essas UPAs, que talvez seja a necessidade (E3)

A gente tem uma agenda: de manhã na segunda-feira eu fico no Manchester, que é a classificação de risco. [...] 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! Porque tem que ir pra consulta médica. 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 Atenção Primária à Saúde (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 para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta.¹⁰ Dessa forma, a classificação de risco consiste em uma estratégia para sistematizar o atendimento, permitindo a avaliação dos usuários de acordo com o agravo à saúde.¹¹

A origem do Protocolo de Manchester se deve a 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 metodologia de Classificação de Risco é internacionalmente reconhecida e utilizada em países como Portugal, Inglaterra e Reino Unido.¹⁰

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.

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,¹² não justifica sua organização a partir dessa perspectiva. O foco das ações na ESF está 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. Isso 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:

Porque o Manchester é uma coisa rápida, porque eles [os usuários] vêm, 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).

O depoimento 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.

Ao priorizar a abordagem sobre o corpo e sobre a doença traduzida na linguagem de sinais e sintomas clínicos, pode-se inferir, com base no depoimento, que a implantação do Protocolo de Manchester na APS reforça as estratégias de biopoder 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 de controle e de dominação dos sujeitos.¹³

Considerando a implantação do Protocolo de Manchester na APS, ressalta-se que esse dispositivo de gestão 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.

As práticas realizadas na APS precisam promover e fortalecer os vínculos entre os profissionais e a comunidade por meio da construção de uma relação de corresponsabilização 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 mediante a 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.¹⁴

Acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo. Envolve uma teoria de relações e competências profissionais complementares, bem como condições ambientais biofísicas e psicossociais favoráveis.¹⁵

Destaca-se que a organização do serviço não pode acontecer em virtude da demanda. A esse respeito a proposta do SUS é primar pelo investimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Porém, os profissionais ainda atuam sob o enfoque curativo e com atividades fragmentadas.¹⁶

O excesso de demanda tornou-se característica marcante da ESF, pois a prioridade é que todos tenham acesso aos serviços de saúde, tendo como principal porta de entrada a atenção primária, para assim garantir o princípio da igualdade nos atendimentos à população.¹⁷ Esse contexto de trabalho faz com que sejam deixadas para segundo plano ações fundamentais da ESF. Assim, são raras as situações em que os enfermeiros 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 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 também é limitada pela sobrecarga de trabalho. Em relação à consulta de enfermagem, a mesma é realizada, mas simultaneamente o enfermeiro é solicitado a resolver outras demandas:

Supervisão de enfermagem que a gente raramente faz [...] 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 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).

Em estudo acerca do processo de trabalho da enfermeira da saúde da família em relação à realização da puericultura, foi evidenciado que a consulta de enfermagem deixa de ser realizada em algumas situações em decorrência da alta demanda do serviço de saúde. Quando é realizada, encontra-se pautada nas queixas clínicas das mães, não abarcando aspectos de integralidade possíveis com a consulta de enfermagem, bem como mantém o caráter curativista das práticas de saúde.¹⁸

Aspecto que merece destaque a respeito do impacto da gestão da ESF nas práticas cotidianas dos enfermeiros é a infraestrutura inadequada para o trabalho. A maioria dos enfermeiros cita como grande dificuldade no desempenho de suas funções a ausência de sala para atendimento. Não existem espaços adequados e específicos para que os enfermeiros desenvolvam suas atividades. Essa situação pode ser evidenciada no seguinte depoimento:

Aqui o que está muito ruim é a estrutura física 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. [...] 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? Igual, por exemplo, a gente realiza os grupos ali no pé de jaboticaba, ali no quintal. 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).

A Portaria nº 2.488/2011,¹⁹ que revê as diretrizes e normas de implantação da atenção básica e da ESF, recomenda que sejam disponibilizados consultório médico e de enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, bem como sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea.

A melhoria do ambiente de trabalho contribui para motivação, criatividade e produtividade dos sujeitos, impactando não só nas relações como também na qualificação das práticas. O Ministério da Saúde a partir da Política Nacional de Humanização²⁰ define ambiência como o tratamento dado ao espaço físico estabelecido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva.

As características do local de trabalho podem influenciar significativamente na qualidade de vida dos profissionais e nas ações a serem desenvolvidas. Para tanto, segundo o Ministério da Saúde,²¹ o espaço deve possibilitar a reflexão dos sujeitos em relação a si e ao trabalho, proporcionar conforto, privacidade e individualidade e deve contribuir para a melhoria do processo de trabalho.

A imersão dos enfermeiros no cotidiano marcado pela sobrecarga de trabalho e com infraestrutura limitada torna sua prática pouco reflexiva, 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, aí tem acolhimento e ter que dar conta daquela demanda, que ele não tem como, não consegue nem pensar no que ele tá fazendo. Muito acritico, mas é a noção que eu tenho dos meus colegas de trabalho (E7).

A prática para se constituir como uma práxis precisa ser articulada com a reflexão, construindo um movimento cíclico entre "o fazer e o pensar sobre o fazer".²² 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.

No cenário descrito, foi observado que o enfermeiro precisa 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 criam novos modos de operar²³ para tentar conciliar os requisitos formais da política de saúde com os imperativos legais do exercício profissional.

A construção do modo de ser do enfermeiro envolve atitudes e posicionamentos perante a realidade que exige 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. Assim, ele precisa exercitar uma gestão de si, uma gestão que envolve escolhas, valores e tomadas de decisão.¹⁷

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.

Os depoimentos dos sujeitos 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 acho que também falta de recursos humanos, não tem enfermeiro de apoio (E1).

Percebe-se que a implantação de equipes de apoio para oferecer cobertura à demanda espontânea constituiria uma ferramenta estratégica de gestão organizacional. 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.

Outro ponto destacado com relevância pelos sujeitos é em relação ao vínculo com a comunidade, o qual é considerado como expressão de reconhecimento profissional do enfermeiro:

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 porque 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 reposicionar no contexto das práticas de saúde, tendo em vista o reconhecimento da comu-

nidade de seu papel e competência profissional, conferindo-lhe mais visibilidade.

O estabelecimento do vínculo permite ao enfermeiro ser reconhecido pela comunidade como alguém confiável, próximo do eixo familiar, a quem os indivíduos podem recorrer em caso de necessidade.²⁴

Também consiste em aspecto facilitador do trabalho dos enfermeiros o fato de atuarem em uma área adscrita e de realizarem um trabalho com uma equipe considerada comprometida:

Agora tem a questão de eu já estar trabalhando aqui há quatro anos e meio, eu já conheço bem 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).

Nos depoimentos dos enfermeiros o trabalho em equipe emerge como elemento fundamental para sua atuação na ESF. 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 10 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).

O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade da atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social. Esse trabalho é, portanto, reconhecido como dispositivo diferencial para a ESF, uma vez que a complexidade de se atuar dentro da comunidade exige a intervenção coletiva de todos os profissionais responsáveis por determinado território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 devida.

Este estudo analisou especificidades no trabalho dos enfermeiros da ESF em um distrito sanitário de Belo Horizonte. Foram identificados desafios e possibilidades que permeiam seu exercício profissional. Os resultados encontrados evidenciam que o cotidiano do enfermeiro na ESF é marcado pelo conflito de responsabilizar-se pelo conjunto de atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do centro de saúde e o trabalho específico preconizado para esse modelo de atenção.

Os desafios referem-se à sobrecarga de trabalho, à organização da demanda espontânea e à infraestrutura. A sobrecarga decorre principalmente da demanda espontânea e da realização de atividades que vão além das atividades programadas, prejudicando a realização de ações que compõem as atribuições do enfermeiro da saúde da família, tais como promoção de saúde, prevenção de agravos e visitas domiciliares. Essa realidade gera estados de alienação perante a pouca reflexão sobre a própria prática.

Uma alternativa sugerida pelos sujeitos deste estudo é a implantação de equipes de apoio. Os enfermeiros da equipe de apoio podem atuar especificamente nas atividades referentes ao centro de saúde e atendimento da demanda espontânea, possibilitando aos enfermeiros da ESF o desempenho de atividades específicas.

Outro desafio destacado pela maioria dos profissionais é a dificuldade no desempenho de suas funções, pela ausência de sala para atendimento do enfermeiro. Os enfermeiros que não possuem espaço adequado para desenvolver atividades específicas precisam aguardar outros profissionais terminarem suas atividades para que as salas fiquem disponíveis.

Apesar das inúmeras dificuldades com que se deparam no cotidiano como enfermeiro de saúde da família, esses profissionais vêm conquistando seu espaço social e reconhecimento junto aos integrantes da equipe e da comunidade. Ademais, os profissionais reconhecem em seu fazer potencialidades como exercer a experiência adquirida no âmbito hospitalar, criação de vínculo com a população e a interação advinda no trabalho em equipe.

Os profissionais destacaram que na saúde da família é preciso mobilizar conhecimentos sobre atendimento às urgências para responder às demandas que surgem na atenção primária. Essa experiência é considerada um fator facilitador ao desenvolvimento de práticas assistenciais.

O vínculo foi expresso como possibilidade de o enfermeiro da ESF se reposicionar no contexto das práticas de saúde, tendo em vista o reconhecimento da comunidade de seu papel e competência profissional, conferindo-lhe mais visibilidade.

Outra potencialidade que emergiu dos depoimentos dos enfermeiros como elemento fundamental para atuação na ESF foi a possibilidade de trabalhar em equipe. Essa realidade reforça a importância de estabelecer relações interpessoais que propiciem um ambiente de trabalho produtivo, saudável e satisfatório.

Analisar as especificidades do trabalho dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família, em especial no tocante a seus desafios e possibilidades, pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções que visem a aperfeiçoar os aspectos organizacionais, as práticas dos profissionais e, por conseguinte, a assistência prestada à população.

Entretanto, como limite deste estudo pode-se considerar o fato de os dados terem sido direcionados exclusivamente para a perspectiva dos enfermeiros.

Tendo a Estratégia Saúde da Família o propósito de uma prática centrada na família, a partir do trabalho de equipes multiprofissionais, entende-se que para uma compreensão mais ampla e pertinente da temática, necessário se faz debruçar a análise sobre a perspectiva da equipe e dos usuários, sujeitos com os quais os enfermeiros se relacionam cotidianamente e com os quais constroem sua prática social.

Assim, os resultados apresentados incitam estudos futuros que analisem a concepção de diferentes atores que compartilham o cotidiano da Estratégia Saúde da Família com o enfermeiro e que vivenciam as singularidades de se trabalhar nesse campo de saberes e práticas que integra o modelo assistencial em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Menezes RMP, Pinto ESG, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):657-64.
2. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(N. Esp):777-81.
3. David HMSL, Mauro MYC, Silva VC, Pinheiro MAS, Silva FH. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):206-14.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Goldenberg M. Pesquisa qualitativa em ciências sociais. In: Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2009. p.16-24.
6. Chizzotti A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Rev Port Educ*. 2003; 16(2):221-36.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
8. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3):549-57.
9. Cecílio LC. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p.113-26.
10. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Classificação de risco em urgência e emergência Protocolo de Manchester. Belo Horizonte: SES-MG; 2011. p. 1-8.
11. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Silva MEOS, Freire LAM. Desafios da política para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *REME - Rev Min Enferm*. 2012; 16(2):178-87.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

13. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
 14. Franco TB, Merhy EE. *PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial*. Campinas: UNICAMP; 1999.
 15. Inojosa RM. *Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários*. X Congresso Internacional Del CLAD, Santiago, p.18-21; 2005.
 16. Schrader G, Palagi S, Padilha MAS, Nogueira PT, Thofehrn MB, Pai DD. Trabalho na unidade básica de saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):222-8.
 17. Montenegro LC. *A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde [dissertação]*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 98 f.
 18. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):38-46.
 19. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 out. 2006.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 21 out. 2011.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: ambiência*. Brasília: MS; 2004.
 23. Bertoni JH. *Entre o prescrito e o real: renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família [tese]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011. 147p.
 24. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):358-64.
-