



PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DILEMAS E PERSPECTIVAS

NURSING WORK PROCESS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY:
DILEMMAS AND PROSPECTS

Cheila Portela Silva ¹

Keila Maria Carvalho Martins ²

RESUMO

Ensaio que objetiva evidenciar e discutir os principais limites e potencialidades do processo de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família desde a sua criação como Programa Saúde da Família até a atualidade. Trata-se de um ensaio de caráter qualitativo, descritivo-analítico, apoiado em dados coletados em 84 artigos que possuíam como palavras-chave os termos “saúde da família” e “enfermagem”, publicados no período de 1994 a 2009. Foram discutidas as atividades assistenciais e gerenciais da enfermagem no campo da atenção primária, bem como o desafio da abordagem familiar no cotidiano. Apontamos como importantes o desenvolvimento de habilidades técnicas compatíveis com o perfil epidemiológico brasileiro emergente e a necessidade de discussão sobre a precarização crescente do trabalho de enfermagem.

Palavras-chave: Saúde da Família. Enfermagem. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

This essay aims to evidence and discuss the main limitations and potential of the nursing work process in the Family Health Strategy since its inception as Family Health Program to date. This qualitative, descriptive-analytical essay was based on data collected from 84 articles published from 1994 to 2009, whose key words were “family health” and “nursing”. Nursing care and managerial practices in the field of primary health care and the challenge of approaching families in the daily routine were discussed. The development of technical skills compatible with the Brazilian emergent epidemiological profile and the need to discuss the growing precariousness of the nursing work are stressed.

Key words: Family Health. Nursing. Health Care.

1- Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS.

2 - Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS.

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre os dilemas e perspectivas da atuação da enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) não pode estar desarticulada dos elementos materiais e históricos que influenciam, em primeira instância, a própria enfermagem. Santos e Luchesi (2002), fazendo uma análise da identidade profissional da enfermagem no Brasil, consideram a questão de gênero como categoria de importante influência na construção do papel da enfermeira. Neste sentido, em função da fundamentalidade da questão do gênero para uma análise histórica da enfermagem e considerando que a hegemonia feminina na categoria, utilizaremos como termo genérico “enfermeira” e não “enfermeiro”, conforme defendem Faustino e Egry (2002).

Historicamente, o cuidar em enfermagem foi associado a visões maternalizadoras ou espirituais, sendo, no início da era cristã, “exercido por mulheres consagradas que adotavam a submissão às ordens como atitude de valor e objetivavam mais a salvação da alma que a cura do corpo” (WALDOW, 1998 apud GOMES; OLIVEIRA, 2008, p. 179). Tal perspectiva colocou o cuidar em enfermagem como uma atividade não profissional, mas como uma ação naturalmente atribuída à mulher e, portanto, fora do mercado de trabalho, circunscrita à lógica da caridade e da abnegação.

A partir do século passado, segundo Gomes e Oliveira (2008), nascem “teorias que conferem uma personalização e um rosto intelectual à profissão”, discutindo, ainda de forma incipiente, sua inserção nas relações de mercado. As autoras destacam, que já no processo de formação da enfermeira, a estudante é submetida a um “processo de docilização e de dominação através da normalização, do controle minucioso do tempo, da padronização das ações e técnicas, do perfeccionismo e do olhar hierárquico”, evidenciando o modo como a enfermagem está vinculada a relações de dominação e de poder.

É sob a égide dessa influência que a enfermagem se insere no então Programa Saúde da Família (PSF), sendo responsável, inicialmente, pela execução de procedimentos protocolados que dessem resposta ao perfil epidemiológico da década de 90, no qual o PSF estava focado (basicamente na diminuição da mortalidade materno-infantil e no controle das doenças infecto-contagiosas).

Com as mudanças no perfil epidemiológico e a tentativa de atribuir ao PSF um caráter estratégico que atendesse à dinâmica dos territórios e ampliasse seu foco de atuação, um redimensionamento da enfermagem

A enfermagem se insere no então Programa Saúde da Família (PSF), sendo responsável, inicialmente, pela execução de procedimentos protocolados que dessem resposta ao perfil epidemiológico da década de 90, no qual o PSF estava focado.

é proposto, no sentido de que a enfermeira possa dar dinamicidade ao trabalho da ESF, garantindo uma atuação ampliada. Esses elementos colocam para a enfermagem um cenário desafiador, influenciado por diversas questões históricas relacionadas à construção de sua identidade e de seu processo de trabalho.

Neste contexto, o presente ensaio objetiva evidenciar e discutir os principais limites e potencialidades do processo de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família desde sua criação como PSF até a atualidade. Consideramos importante a abordagem desta questão já que a enfermagem ocupa uma posição central em toda a organização do processo de trabalho na ESF, atuando na atenção à saúde, na organização e no gerenciamento do Centro de Saúde da Família (CSF), dentre outras atividades, o que torna sua atuação fundamental para a reorientação ou cristalização das práticas nesse espaço de atenção.

2 METODOLOGIA

Esse estudo é um ensaio de caráter qualitativo, descritivo-analítico. O ensaio foi eleito como tipologia adequada para a abordagem do tema, por permitir a articulação entre análises empíricas, resultantes de intensa aproximação com o objeto de estudo, e referenciais teóricos produzidos acerca da temática.

Para a estruturação dos elementos empíricos aqui discutidos foi realizada uma oficina com o tema “Processo de Trabalho da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família”, envolvendo seis residentes das VI e VII turmas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, facilitada pela preceptora da categoria de Enfermagem, em outubro de 2008. A partir das discussões

da oficina, foram elaborados categorias de análise para a construção do artigo.

Além disso, realizamos pesquisa em busca de textos científicos contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que corresponde a uma “coleção descentralizada e dinâmica de fontes de informação que tem como objetivo o acesso equitativo ao conhecimento científico em saúde” (BVS, 2009, p. 1). Esse banco de dados hospeda diversas fontes de dados científicos e “distingue-se do conjunto de fontes de informação disponíveis na Internet por obedecer a critérios de seleção e controle de qualidade” (ibid, p. 1).

Os textos selecionados obedeciam aos seguintes critérios: i) possuir como palavras-chave os termos “saúde da família” e “enfermagem”; ii) ter sido publicado no período de 1994 a 2009 (dentro do qual as experiências da enfermagem em saúde da família vêm sendo construídas no Brasil); iii) estar disponível em textos completos para acesso universal no referido banco de dados. Desta forma, tivemos como resultado 84 artigos, dentre os quais foi possível acessar 74, em função de problemas técnicos de hospedagem dos artigos em seus respectivos sítios. A partir dos artigos selecionados, foram elaboradas novas categorias para análise, segundo orientações de Minayo (2000).

Assim, as categorias construídas foram extraídas das análises empíricas produzidas na oficina temática e da leitura da produção científica sobre o tema. As categorias elencadas para construção deste artigo foram: atuação da enfermagem no campo da atenção na ESF; atuação da enfermagem no campo do gerenciamento na ESF; a enfermagem e a abordagem familiar; condições de trabalho da enfermagem na ESF. As informações foram analisadas na perspectiva do referencial teórico da hermenêutica-dialética (MINAYO, 2002).

Em função de sua inserção precoce na ESF, a enfermagem construiu, historicamente, papel central associado à concentração de diversas atribuições na lógica organizacional dos centros de saúde.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Atuação da Enfermagem no Campo da Atenção na Estratégia Saúde da Família

Em função de sua inserção precoce na ESF, a enfermagem construiu, historicamente, papel central associado à concentração de diversas atribuições na lógica organizacional dos centros de saúde.

O monitoramento das condições de vida e saúde dos indivíduos e coletividades tem sido uma responsabilidade quase exclusiva da enfermeira e de agentes comunitários de saúde (ACSs). Enquanto os médicos permanecem restritos à lógica ambulatorial, ACSs e enfermeiras se responsabilizam pelo registro diário e pela consolidação mensal de mapas que geram indicadores para acompanhamento do território. As demais categorias profissionais, em função de sua não tradição e consequente papel ainda difuso na ESF, permanecem com dificuldades de formular indicadores específicos de suas profissões e, ainda mais, de acompanhar, de forma sistemática, os indicadores gerais do território.

Além disso, na distribuição formal de atividades e de responsabilidades, o monitoramento de indicadores é uma atribuição da enfermagem, o que leva, muitas vezes, a idéia de que a enfermagem exerce um papel burocrático na ESF. Essa questão deve ser relativizada, já que o mero preenchimento de planilhas caracteriza, de fato, uma atividade burocrática, enquanto que a utilização dos dados, como informação epidemiológica para o acompanhamento da situação de saúde dos territórios, é fundamental para nortear o processo de trabalho de toda a equipe. Neste ponto ainda persistem limitações no que se refere à atuação da enfermeira, pois a tradição de uma gestão hierarquizada do sistema de saúde reflete, na incipiência da apropriação de seus indicadores pelas equipes, que acabam sendo alimentados por corresponderem a uma obrigatoriedade dentro de um processo de trabalho que não se costuma questionar.

A organização dos programas estratégicos do Ministério da Saúde também depende, em maior grau, da atuação da enfermeira. Dessa forma, os Programas de Puericultura, de Controle da Hanseníase e Tuberculose, de Assistência Pré-Natal, de Controle da Diabetes e Hipertensão e de Prevenção do Câncer Ginecológico, eixos centrais na organização do processo de trabalho na ESF, são também referenciais para a atuação da enfermeira, preenchendo quase completamente seu cronograma semanal.

A puericultura, uma das atividades sistematicamente

realizadas, tem perfil traçado por Ciampo et al. (2006, p. 739) como “área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento”. Bonilha e Rivorêdo (2005) relativizam conceituações nessa linha, afirmando que em seu cerne está a lógica de perceber a puericultura limitada a roteiros que ditam a maneira cientificamente correta de cuidar de uma criança e, se aplicados de forma adequada, cumprem o objetivo de prevenir distúrbios. Dessa forma, “existiriam, encobertos sob a proposta de prevenir a mortalidade infantil através da educação, outros projetos, como o do estabelecimento de um padrão de comportamento não só para as crianças, mas para as famílias como um todo, de cunho moralizante e baseado naquele considerado ideal pelas classes dominantes” (BOLTANSKI, 1974 apud BONILHA; RIVORÊDO, 2005, p. 8).

De fato, o surgimento da puericultura na ESF está diretamente associado à necessidade extrema, na década de 90, de controlar a mortalidade infantil por meio de ações básicas direcionadas para a prevenção de doenças, o que foi incorporado pela enfermeira com todos os vieses de autoritarismo apontados por Bonilha e Rivorêdo (2005).

Além disso, a compreensão de que a saúde é, acima de tudo, uma produção social, leva-nos a considerar que as condições precárias de vida, com persistência da falta de saneamento, de acesso à água potável, à alimentação e à habitação adequada, são determinantes para que, mesmo com um sistema de saúde estruturado, determinadas doenças que assolam a população infantil persistam e continuem provocando mortes.

A mesma linha de pensamento se aplica ao controle de doenças infecto-contagiosas como hanseníase e tuberculose, doenças que afetam, sobretudo, pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, que vivem em aglomerados urbanos e sujeitas a más condições de alimentação (HELENE; SALUM, 2002). É crucial o papel da enfermagem na ESF para a identificação precoce e tratamento adequado dessas doenças, prevenindo sequelas. Entretanto, o efetivo controle de tais doenças implica, necessariamente, em mudanças na estrutura social, capazes de, senão extinguir, ao menos minimizar consideravelmente as desigualdades sociais.

O surgimento desse complexo cenário epidemiológico coloca muitos desafios para a enfermagem na ESF, tradicionalmente ligada ao Modelo Sanitarista-Campanhista e ainda reproduzindo suas práticas, como nas vacinações em massa, em campanhas de suplementação alimentar, na vigilância das famílias para a adoção de

É crucial o papel da enfermagem na ESF para a identificação precoce e tratamento adequado dessas doenças, prevenindo sequelas.

hábitos adequados e higiênicos. Entretanto, esse modelo não dá respostas suficientemente adequadas aos processos complexos de adoecimento da sociedade atual.

No caso das doenças crônico-degenerativas, como diabetes, hipertensão, mal de Parkinson e de Alzheimer, o perfil de atuação da enfermagem na atenção primária ainda está em construção. Alguns estudos, como o de Souza, Skubs e Brêtas (2007), demonstram clara preocupação com a formulação teórica para a atuação da enfermagem na atenção ao idoso (em função do envelhecimento populacional pelo qual estamos passando), bem como no acompanhamento das doenças crônico-degenerativas. Hoje, atuar nesse sentido é um desafio para a enfermagem na ESF, já que isso requer uma reinvenção do trabalho da enfermeira e a superação de práticas arraigadas que não encontram mais razão epidemiológica de serem centrais – e, algumas vezes, até exclusivas – no trabalho da enfermagem, como é o caso das mortes infantis por diarreia. Esse caso já foi o carro-chefe da atuação do PSF e hoje continua como ação prioritária, embora, nas últimas décadas, para cada 1.000 crianças nascidas vivas no Brasil, tenha havido significativa redução de 90% nas taxas de mortalidade (VICTORA, 2009).

Todos esses desafios de reestruturação parecem mais complexos quando vemos uma tendência à ambulatorização das práticas de enfermagem na ESF, o que pode ser verificado empiricamente em mapas de produtividade que mostram a predominância de atendimentos individuais, oriundos da demanda espontânea em detrimento do exercício de outras atividades na ESF e em estudos que buscaram sistematizar a questão (MARQUES; SILVA, 2004).

A questão da consulta de enfermagem individual para demanda espontânea suscita, além da discussão sobre a ambulatorização das práticas, outras questões, como a da prescrição de medicamentos (e todas as suas implicações ético-legais) e da resolubilidade clínica da ESF.

A expansão da cobertura do PSF ocorreu na década de 90, motivada por imposições no financiamento do Ministério da Saúde que induziam fortemente a adesão ao Programa. Os problemas na sua implantação foram

diversos e, dentre eles, podemos destacar a resistência dos profissionais médicos em trabalhar na ESF, questão que influencia fortemente o processo de trabalho da enfermagem nesse espaço de atenção.

A área da Saúde da Família é tratada pelos médicos como algo complementar à sua prática tradicionalmente especializada e fragmentada. Canesqui e Spinelli (2006) mostram que o trabalho desse profissional na ESF é acumulado com outros no setor privado. Os altos custos gerados pelo pagamento de profissionais médicos e a verdadeira “cartelização” da profissão fazem com que os médicos sejam “disputados” por diferentes administrações municipais, criando um fluxo intenso de médicos de um serviço para outro, em função da maior oferta salarial. Além da falta contínua desses médicos para a ESF, há alta rotatividade de profissionais e, cotidianamente, inúmeras ausências diárias dos médicos que se dividem entre vários trabalhos, tornando inviável a formação de vínculos, a devida responsabilização pelo cuidado às famílias e, portanto, a efetivação dos princípios da ESF.

Assim, mesmo com salários extremamente menores (CANESQUI; SPINELLI, 2006), a enfermagem sobrecarrega-se das diversas atividades não realizadas pelos médicos, o que, ao lado de outros fatores, a impossibilita de estruturar um processo de trabalho que supere a atenção curativa individual e permita avançar no sentido da incorporação de outras práticas.

3.2. Atuação da Enfermagem no Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família

Devido à ampliação da ESF nos últimos anos, a enfermagem vem assumindo um papel significativo na área de gerenciamento dos serviços locais de saúde (WEIRICH et al., 2009). Está colocada para a enfermagem a exigência de que esse gerenciamento esteja diretamente ligado à qualidade do serviço de saúde oferecido à comunidade, já que o centro de saúde é considerado a “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde pública, tendo um importante valor simbólico para a construção da visão sobre todo o SUS. Exige-se, portanto, a priorização de alguns aspectos relevantes para a garantia da qualidade, como identificação e classificação de problemas e resolubilidade pela equipe de saúde.

O desenvolvimento dessa competência pela enfermeira ainda é bastante complexa e não está bem definida. Um dos fatores responsáveis por essa situação relaciona-se com a formação acadêmica que, na grande maioria dos cursos de enfermagem, enfatiza a competência técnico-científica apenas no campo da assistência. Apesar disso,

Devido à ampliação da ESF nos últimos anos, a enfermagem vem assumindo um papel significativo na área de gerenciamento dos serviços locais de saúde.

a função gerencial no trabalho do enfermeiro já é definida nas Diretrizes Curriculares Nacionais como uma ferramenta essencial que direciona o processo de enfermagem no seu cotidiano.

Para o exercício de sua atuação no gerenciamento local em saúde, a enfermeira precisa desenvolver habilidades fundamentais nesse processo, que englobam desde o gerenciamento técnico ao gerenciamento de pessoas. Tal habilidade é essencial para a administração do trabalho da equipe de saúde e para a garantia de boas relações interpessoais, contribuindo assim para um trabalho de qualidade.

Segundo Weirich et al. (2009), a gerência deve ser entendida como uma atribuição de coordenadores, trabalhadores e usuários, objetivando a construção de um projeto que atenda às necessidades da população, na perspectiva da integralidade, em um processo cotidiano como proposta de mudança.

Na literatura pesquisada, à enfermeira são atribuídas habilidades que englobam flexibilidade, criatividade, proatividade e o desenvolvimento de uma “inteligência emocional”, conceitos advindos de teorias e tendências do campo da administração de empresas. Além de todas essas competências, é entendido como necessário que a enfermeira assuma também um papel de liderança junto à equipe de saúde com a qual trabalha.

Assim, na prática cotidiana do enfermeiro, existe um leque de atividades desenvolvidas no campo gerencial, relacionadas às ações assistenciais, a saber: a organização dos programas do Ministério da Saúde; planejamento, supervisão e avaliação dos serviços; atividades administrativas, contratação e capacitação de pessoas; educação em saúde; capacitação da equipe.

Os artigos utilizados como referencial para esse estudo apontam para algumas dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro gerente que interferem no seu processo de trabalho, como a deficiência de recursos materiais, insumos e equipamentos. Os estudos de Weirich et al. (2009) enunciam que essa deficiência nem sempre interfere no bom desenvolvimento do trabalho, caso o

enfermeiro possa utilizar técnicas de gerenciamento ligadas ao remanejamento interno ou com outros serviços de saúde, improvisação e criatividade, ou ainda, em processos de licitações.

A questão das licitações suscita outra questão difícil, relacionada à falta de autonomia do enfermeiro e à baixa resolutividade no que se refere à contratação de profissionais, aquisição de materiais e definição da estrutura física para a devida organização dos serviços, o que limita a efetivação do SUS. Além disso, é importante discutir a questão da imensa demanda reprimida de usuários com necessidade de atendimentos especializados, o que impede a efetivação do princípio da integralidade.

O estudo de Ximenes Neto & Sampaio (2008) apontam como dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras a conciliação das atividades de assistência em enfermagem e gerenciamento, situação ainda vivida por muitos destes profissionais; a estrutura física inadequada do centro de saúde quanto à limitação de salas que permitam o desenvolvimento dos serviços e procedimentos de saúde, possibilitando o atendimento às necessidades de saúde da comunidade; a falta de capacitação para o gerenciamento; e o favorecimento político por parte dos cabos eleitorais, que influencia a autonomia no gerenciamento e revela a necessidade de mudar o hábito do clientelismo, pois a saúde é direito de todos e dever do Estado e não um favor prestado ao usuário.

De acordo com o estudo de Giroti et al. (2008), os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de gerenciamento estão relacionados com a falta de vontade do gestor com relação ao pouco investimento na área da saúde coletiva, o pouco investimento na reestruturação dos centros de saúde, a inexistência de consultório de enfermagem interferindo no atendimento individual e na privacidade do usuário, a pouca valorização dos profissionais e a falta de contra-referência que impede a continuação da assistência prestada ao usuário.

Nesse contexto, o enfermeiro gerente encontra-se em uma situação de sobrecarga de atividades no seu trabalho, acrescida da posse limitada de recursos necessários ao enfrentamento das situações citadas anteriormente, gerando muitas vezes, situações de estresse, impotência e exaustão física, o que compromete o seu desempenho profissional.

3.3 A Enfermagem e o Desafio da Abordagem Familiar

Dentre os artigos identificados neste estudo, a maior parte está relacionada à abordagem familiar realizada pelo

enfermeiro na ESF, o que demonstra uma clara preocupação com a consolidação dessa prática. Conceitualmente, a ESF tem como fio condutor a abordagem familiar no contexto do território, na perspectiva da promoção da saúde, sendo considerada estratégica para a reorganização de toda a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa lógica, a ESF deveria ser a provedora matriz de cuidados em saúde para toda a população brasileira.

Entretanto, em função dos elementos históricos que perpassaram sua construção, a abordagem da ESF se restringe, de modo geral, a famílias de uma classe social específica, o que é evidenciado em afirmações que a caracterizam “como um modelo de assistência à saúde, que visa atender às necessidades da população carente e de alto risco” (MARTINS et al., 2008, p. 132).

Essa lógica, hegemônica tanto nas construções teóricas produzidas academicamente pela enfermagem, como nas formulações políticas para o setor saúde e, conseqüentemente, na realidade dos serviços, direciona as práticas em saúde pública apenas para as pessoas pobres, contribuindo para a manutenção do modelo assistencial privatista, ainda responsável pela assistência à saúde da maioria das pessoas pertencentes à classe economicamente favorecida.

Egry e Fonseca (2000, p. 9) acreditam que o trabalho da saúde pública deve “privilegiar a população com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e com menores potencialidades para o enfrentamento de tais riscos”. É centrada nessa lógica de identificação de riscos e correção de distorções que a enfermagem tem desenvolvido seu trabalho de abordagem familiar. Obviamente, essa perspectiva, ainda que busque fundamentação no princípio da equidade, não pode ser considerada universalizante, como propõe o sistema público de saúde, favorecendo, ao contrário, maior atenção das políticas de saúde e da atuação da enfermeira a em riscos e problemas específicos.

Este ponto é particularmente importante na discussão da enfermagem na ESF, já que indicadores básicos,

A ESF tem como fio condutor a abordagem familiar no contexto do território, na perspectiva da promoção da saúde, sendo considerada estratégica para a reorganização de toda a estrutura do SUS.

utilizados politicamente para justificar e direcionar as políticas de saúde focalizadoras (como os de mortalidade materno-infantil) foram centrais na organização do processo de trabalho da enfermagem ao longo da construção do SUS. A enfermeira, reproduzindo o papel tradicional da mulher na sociedade patriarcal, direcionou seu trabalho, basicamente, para a correção de déficits e inadequações no modo de viver das famílias, de modo a garantir a disseminação de práticas consideradas higiênicas que diminuíssem os riscos de determinados grupos populacionais (como crianças, gestantes e puérperas) de adoecer e morrer.

Nogueira et al. (1977, p. 28) afirmam que, “no Brasil, o visitador sanitário foi, durante quase três décadas, o profissional responsável pela atenção de enfermagem no domicílio tendo como alvo principal os clientes portadores de doenças transmissíveis e do grupo materno-infantil”.

Como reflexo desses elementos, a abordagem familiar da enfermagem tem se dado a partir da necessidade de um dos membros da família considerado de risco, entendendo os demais membros como pessoas que garantam a execução das orientações (de cunho autoritário e prescritivo) realizadas pela enfermeira.

Entretanto, tal postura autoritária não pode ser compreendida apenas sob a perspectiva individual e subjetiva das enfermeiras, mas como uma construção histórica que coloca esses profissionais como responsáveis pela garantia da manutenção de certos indicadores de saúde, ou ainda, “indicadores de não-doença”. Isto é, a enfermeira é cobrada e responsabilizada, diariamente, pela manutenção da saúde dos indivíduos de seu território, com forte apelo, por parte das instâncias de gestão, para a implicação incondicional e ilimitada da profissional no cuidado a pessoas de risco.

Essa extrema responsabilização das enfermeiras pelas consequências da não adesão das pessoas às prescrições e determinações de saúde constitui um elemento de precarização do processo de trabalho das enfermeiras, pois gera uma imensa sobrecarga de trabalho e angústia, inclusive com possibilidade de repercussões no âmbito da saúde mental desses profissionais.

Deve ser construída, portanto, uma visão mais séria acerca do trabalho da enfermeira na ESF, com ênfase na sua dimensão técnica, que passa, necessariamente, pela desconstrução da visão doméstica que influencia o trabalho de enfermagem, atribuindo papéis semelhantes aos que são atribuídos à mulher na família patriarcal, relacionados com falta de autonomia e com a responsabilização excessiva e exclusiva pelo cuidado da família e do ambiente doméstico.

A necessidade da intervenção da enfermagem é necessária diante de um déficit identificado e a importância da participação da família é justificada porque “se o indivíduo não pode aprender as medidas de autocuidado, outros devem fazer por ele”.

A categoria de enfermagem deve, inclusive, problematizar essas questões que são reproduzidas na própria formulação específica do campo de saber da profissão, como podemos observar nas diversas teorias de enfermagem existentes que, com forte base positivista, reforçam a postura prescritiva da enfermeira na busca de resolução dos problemas.

Um estudo realizado em Sobral no ano de 2002 buscou analisar “a adequação da Teoria do Déficit de Autocuidado, enfocando o ambiente e a pessoa cuidadora no domicílio” (FIALHO; PAGLIUCA; SOARES, 2002, p. 715). Segundo as autoras, a referida Teoria formulada por Orem no século passado, tem como principais conceitos: agente de cuidado, demanda de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e ação da enfermagem.

A partir do enfoque teórico proposto, que foi considerado adequado pelas autoras para a abordagem familiar na ESF, as mesmas inferiram que “o ambiente observado, neste estudo, é impróprio para a promoção do desenvolvimento pessoal do paciente, não satisfazem os aspectos de higiene, conforto, segurança, água pura, saneamento, é úmido e insalubre” (FIALHO; PAGLIUCA; SOARES, 2002, p. 715). Além disso, o “autocuidado” foi determinado pelas enfermeiras como insatisfatório, que o usuário possuía “déficit de conhecimento relacionado ao seu estado de saúde” e que essa situação deveria ser “contornada ou sanada”, já que colocam “em risco a vida da família pela ameaça dos vários problemas anteriormente citados e que poderão ser sanados com a ajuda da equipe de saúde da ESF” (ibid, p. 715).

Observamos que o indivíduo é o foco nessa teoria, mesmo com a intervenção ocorrendo no domicílio. A necessidade da intervenção da enfermagem é necessária diante de um déficit identificado e a importância da

participação da família é justificada porque “se o indivíduo não pode aprender as medidas de autocuidado, outros devem fazer por ele” (FIALHO; PAGLIUCA; SOARES, 2002, p. 719).

É possível inferir, ainda, a predominância de uma visão messiânica em relação ao trabalho da enfermeira e de sua inserção na família atrelada a julgamentos de déficits, normalidades e adequações. O estudo de Martins et al. (2008) avança nessa lógica normativa, caracterizando as famílias em patológicas ou saudáveis, a partir de critérios estabelecidos que configuram uma dinâmica familiar positiva. No cotidiano dos serviços, esses pressupostos são materializados em práticas autoritárias e invasivas, com uso da autoridade sanitária como a principal ferramenta da abordagem familiar.

A partir da análise dos artigos, observamos que as famílias são compreendidas pelas enfermeiras a partir de um recorte de classes, predominando visões avaliativas associadas a práticas autoritárias em relação às famílias.

Existe, entretanto, um movimento no sentido de compreender a família como sistema, sendo ela, portanto, a unidade do cuidado (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002). Alguns estudos demonstram que há uma preocupação com a utilização de ferramentas de abordagem familiar que garantam a compreensão da família em seu contexto sócio-histórico, apontando o genograma e o ecomapa como fundamentais na ESF.

Entretanto, pela forma como está estruturado o processo de trabalho da enfermagem, com imensa sobrecarga de tarefas e fragmentado em torno de programas e indicadores básicos, tais ferramentas são, ainda, de difícil operacionalização no cotidiano da atenção primária.

3.4 Condições de Trabalho da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família

As discussões apresentadas neste ensaio reafirmam a ideia de que a enfermagem tem papel central na organização da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, um elemento fundamental tem limitado a atuação desta categoria profissional e contribuído para o engessamento de práticas que não permitem avançar no sentido da reorientação dos serviços de saúde: a questão da precarização das condições de trabalho das enfermeiras.

Uma análise histórica da organização dos processos de trabalho da sociedade industrial mostra que o taylorismo, o fordismo e o toyotismo correspondem a distintas racionalidades que nortearam os rumos dos processos produtivos. Pensando o objeto deste estudo à luz dessas

A enfermagem tem papel central na organização da Estratégia Saúde da Família.

racionalidades, é possível perceber que, da mesma forma, o processo de trabalho da enfermagem na ESF sofreu influências importantes destas correntes.

Na década de 90 e início dos anos 2000, havia uma forte tendência à reprodução de processos marcados pelo taylorismo-fordismo, já que a lógica do trabalho de enfermagem estava assentada na execução de protocolos rígidos estabelecidos com fins específicos. Nesse sentido, a implementação do Protocolo de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foi emblemática, já que havia uma flexibilidade quase nula na condução da assistência à criança, de modo que pouco se exigia das enfermeiras em termos de concepção, isto é, de formulação das atividades que iriam executar, característica emblemática do taylorismo.

Além disso, as ações deveriam ser realizadas junto ao maior número possível de crianças, garantindo ampla cobertura da assistência de modo a diminuir o indicador de mortalidade infantil. Essa massificação do trabalho, com o intuito de produzir em larga escala, é pressuposto fundamental do fordismo. Ao longo dos anos, a mudança do perfil epidemiológico já discutido aqui e a necessidade de garantir uma atuação mais ampliada da enfermeira na ESF, superando essa lógica restritiva, trouxe à cena o discurso da co-gestão do trabalho e da educação permanente.

Da enfermeira, antes moldada para executar protocolos que não construíam, hoje se espera criatividade, autonomia e capacidade de remodelar ela própria seu processo de trabalho em função das necessidades do micro-território, de modo a dar respostas ao complexo perfil epidemiológico atual.

Também o mundo da indústria assistiu a essa mudança no perfil esperado para o trabalhador com a emergência do toyotismo, que, segundo Machado (2007) “instaura um modo de organização da produção que captura os aspectos subjetivos do trabalho”, antes “relegados pelo taylorismo-fordismo”.

Antunes (2005, p. 44) afirma que o toyotismo emergiu porque os capitalistas compreenderam que “explorar a força de trabalho muscular dos trabalhadores, privando-os de qualquer iniciativa e mantendo-os enclausurados nas

*Da enfermeira se espera
criatividade, autonomia
e capacidade de remo-
delar ela própria seu
processo de trabalho em
função das necessidades
do micro-território, de
modo a dar respostas ao
complexo perfil epide-
miológico atual.*

compartimentações estritas do taylorismo e do fordismo” não era a melhor forma de induzir a produtividade dos trabalhadores e que “podiam multiplicar seu lucro explorando-lhes a imaginação, os dotes organizativos, a capacidade de cooperação, todas as virtualidades da inteligência”. O autor acrescenta que foi nessa lógica que foram remodelados “os sistemas de administração de empresa, implantando o toyotismo, a qualidade total e outras técnicas de gestão” (ibid, p. 44).

Essa análise reafirma o significado político e econômico que a enfermagem tem no contexto da ESF, já que, na concepção dos gestores de saúde, o aumento da eficiência dos serviços está fortemente atrelado à capacidade criativo-organizativa da categoria.

Ainda segundo Antunes (2005), essa nova racionalidade torna o trabalho mais dotado de sentido para o trabalhador, já que ele participa mais ativamente da sua concepção e execução, embora intensifique o processo de trabalho. A enfermagem na ESF não se distancia dessa realidade, já que na nova ordem de seu processo de trabalho foi acrescida a responsabilidade de pensar as melhores estratégias para garantir um serviço mais eficiente, além de executá-las, o que gera maior intensificação do trabalho.

Outra questão que está diretamente associada à precarização é a dos vínculos de trabalho entre enfermeiras e a ESF. Segundo Machado (2007), a maior parte das enfermeiras da ESF no Brasil enquadra-se na modalidade “servidores ocupantes de emprego público”, ou seja, “titulares de emprego público (não de cargo público) da Administração direta e indireta, [os servidores] sujeitos ao regime jurídico da CLT (...)”. Meirelles (2005, p. 339) afirma que, “não ocupando cargo público e sendo celetistas, trabalhadores não têm condição de adquirir a estabilidade constitucional”.

Essa instabilidade das enfermeiras na ESF leva a uma alta rotatividade de profissionais, motivada pela oferta e procura de empregos com melhores condições, gerando vínculos frágeis de trabalho e com a comunidade, o que compromete fundamentalmente a consolidação dos princípios da ESF, caracterizada pela longitudinalidade da relação entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2002).

Por não se constituir como cargo público, mas somente como emprego público, a função da enfermeira na ESF está desatrelada de Planos de Cargos e Carreiras condizentes com suas necessidades de formação.

Esse cenário, uma realidade nacional, tende a ser reproduzido de forma mais intensa com a proliferação das Organizações Sociais (OSs), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip's) e, agora em voga, das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), que, com o argumento de desburocratizar as contratações e melhorar os Planos de Cargos e Carreiras, transfere a gestão dos serviços públicos para uma entidade privada e contribui para a manutenção de vínculos de trabalho frágeis entre enfermeiras e ESF. Além disso, coloca como ponto central a construção de um “modelo da busca pela excelência, baseado na Escola de Relações Humanas”, por meio da “gestão de pessoas”, “poder outorgado à administração superior, com estabelecimento de objetivos claros, com monitoramento do desempenho e desregulamentação do mercado de trabalho” (IBANEZ; VECINA, 2007, p. 1831).

Assim, torna-se clara a lógica de exigência da elevada produtividade da enfermeira e dos demais profissionais de saúde como requisito para a permanência no emprego, o que é decidido exclusivamente pela administração superior da Fundação por meio de critérios que ela mesma formula. Essa é uma lógica que, no mínimo, coloca em cheque os princípios do SUS, já que traz a possibilidade de que as enfermeiras sejam avaliadas por questões meramente economicistas, de rapidez, eficiência, alcance de metas quantitativas e melhor desempenho financeiro para a instituição – já que esta é uma figura privada.

É contraditório utilizar parâmetros de avaliação dos profissionais de saúde definidos por uma gestão privada quando se deseja construir um modelo de atenção à saúde integral, universal, que prima pela equidade e atua na lógica da Promoção da Saúde (lógica, inclusiva, de extrema complexidade, que gera resultados em longo prazo).

Corre-se o risco de que a saúde seja novamente entendida como uma mercadoria produzida em estabelecimentos de saúde, com supervalorização de indicadores quantitativos e de procedimentos. O fetiche em torno dessa mercadoria pode mascarar as relações

sociais que realmente influenciam sua produção: em nome da produtividade, necessária para a geração de lucro por meio da saúde, os processos de trabalho das enfermeiras são reduzidos à mera ambulatorização e execução de procedimentos.

4 CONCLUSÕES

Acreditamos que a enfermagem tem papéis importantes na organização, gerenciamento e atenção direta aos usuários na ESF. Apontamos ser fundamental que a categoria incorpore a discussão da produção social da saúde e da doença para ampliar seu olhar em relação às famílias e seus contextos.

Consideramos importante o desenvolvimento de habilidades técnicas compatíveis com o perfil epidemiológico emergente, principalmente no que se refere a ampliar a atuação junto aos idosos, em função do envelhecimento populacional, e na atenção às pessoas com doenças crônico-degenerativas. Neste sentido, o processo de trabalho e a formulação dos cronogramas precisam ser redimensionados em função das necessidades epidemiológicas atuais.

A importância do trabalho gerencial na ESF está correlacionada à qualidade do serviço prestado nos centros de saúde, sendo que essa função exige habilidades específicas para a atuação do enfermeiro e a superação de dificuldades no seu processo de trabalho. Cabe uma definição mais específica de suas atribuições a nível gerencial, com diminuição de suas atividades assistencialistas, garantia de poder de decisão acerca de ações nos centros de saúde e não interferência política no que se refere à prática do clientelismo.

Em face da importância do trabalho da enfermagem na ESF e considerando seus limites de atuação, acreditamos que as Fundações de Direito Privado são um retrocesso para a efetivação dos princípios de integralidade, equidade e universalidade no SUS, sendo um fator de agravamento ao processo de precarização da enfermagem por impedir a formação de vínculos estáveis por meio da criação de cargos públicos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho – Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE. Sobre a BVS. Glossário. BVS Site 4.1.3 Bireme/OPAS/OMS. Disponível em: < <http://bvsmodelo.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=16&item=182> > Acesso em: 12 dez. 2009.

BONILHA, L. R.; RIVORÉDO, C. R. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*. v. 81, p. 7-13, 2005.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.

CIAMPO, L. A. D. et al. O Programa Saúde da Família e a Puericultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

FAUSTINO, R. L. H.; EGRY, E. Y. A formação da enfermeira na perspectiva da educação: reflexões e desafios para o futuro. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 36, n. 4, dez. 2002.

FIALHO, A. V. M.; PAGLIUCA, L. M. F; SOARES, E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2010.

GIROTI, S. K.O et al. As Práticas das Enfermeiras de uma Unidade de Saúde da Família de Londrina, e a Relação com as Atribuições do Exercício Profissional. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2010.

HELENE, L. M. F.; SALUM, M. J. L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Fev. 2002.

IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1831-1840, 2007.

MACHADO, A. M. O processo de precarização do trabalho: estudo de caso do funcionalismo público. 2007. (Monografia) - Departamento de Ciências Econômicas da UFSC, Santa Catarina, 2007.

MARQUES, D.; SILVA, E. M.. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-50, set./out. 2004.

MARTINS, C. F. et al. Saúde da Família: uma realidade presente na equipe multiprofissional. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, p. 132-137, 2008.

MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. 31. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

MINAYO M. C. S. A hermenêutica-dialética como caminho do pensamento. In: MINAYO, M. C. S, DESLANDES, S. F. (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NOGUEIRA, M. J. C. et al. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. Rev. Esc. Enf. USP, v. 11, n. 1, p. 28-50, 1977.

ROCHA, S. M. M.; Nascimento, L. C. Lima, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 5, p. 709-14, set./out. 2002.

SANTOS, C. B.; LUCHESI, L. B. The image of nursing in view of stereotypes: a bibliographic review. In: Brazilian Nursing Communication Symposium, São Paulo, 2002. Proceedings online... Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=MSC0000000052002000200009&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 20 dez. 2009.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-7, mai./jun. 2007.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

VICTORA, Cesar G. Mortalidade por diarreia: o que o mundo pode aprender com o Brasil? Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 85, n. 1, fev. 2009.

WEIRICH, C. F. et al. O Trabalho Gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-57, abr./jun. 2009.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO J. J. C. Processo de Ascensão ao Cargo e as Facilidades e Dificuldades no Gerenciamento do Território na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 1, p. 45-36, jan./fev. 2008.

