

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF: AUTONOMIA E RECONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

Maria José de Melo Prado*

RESUMO:

A enfermagem se constituiu historicamente, desde os primórdios da humanidade, estando relacionada ao cuidado aos doentes. Porém, foi no século XIX, com Florence Nightingale, que adquiriu características de profissão com bases científicas de conhecimento. Florence incorporou à profissão os conceitos de abnegação, dedicação, perfeição moral, assexualidade e uma rígida disciplina inspirada nos moldes militares. Esse processo foi paralelo ao surgimento dos hospitais como espaços de cura e estudos das doenças, o que levou à subordinação da enfermagem à medicina, como uma continuidade desta, obstruindo o fato de terem tido origens históricas distintas. No Brasil, a Reforma Sanitária que se iniciou na década de setenta, abriu espaço para a atuação do enfermeiro na saúde coletiva, onde, amparado pelo Ministério da Saúde, esse profissional tem espaços para desenvolver autonomia, desvinculando-se do trabalho centrado no médico. Partindo deste histórico, da legislação pertinente e do debate teórico em torno do conceito de autonomia, este trabalho pretende averiguar se esta ocorre na prática. Este cotejamento foi feito a partir de um estudo de caso com as quatro enfermeiras do Programa de Saúde da Família de uma Unidade de Saúde da Família em Londrina, Paraná, que participaram da pesquisa preenchendo um instrumento onde descreveram suas atividades cotidianas em um dia de trabalho, durante quinze dias. Além disso, houve também observação direta da autora dessa pesquisa, que realizou internato, pelo período de três meses, na citada unidade. Ao final, comparamos os dados encontrados com as atribuições de um enfermeiro de PSF, definidas pelo Ministério da Saúde. Concluímos que as profissionais pesquisadas têm ocupado o espaço que lhes é legalmente garantido. Comparamos esses achados com a bibliografia existente sobre o assunto, pra observar se seguem uma tendência ou são casos isolados. Embora os trabalhos sobre essa temática não sejam frequentes, os dados encontrados sugerem que há um movimento em curso, por parte dos enfermeiros do programa de Saúde da Família, em garantir seus espaços de autonomia e assim reconstruir sua identidade profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro; Programa de Saúde da Família; Autonomia; Identidade Profissional.

ABSTRACT:

Historically, nursing has been establishing itself as a profession since the beginning of humanity, related as it is to the care of the sick. However, it was only in the nineteenth century, with Florence Nightingale, that it achieved its professional characteristics based on scientific knowledge. Florence incorporated into the profession the concepts of abnegation, dedication, moral perfection, asexuality and a strict discipline derived from military patterns. This process was parallel to the emergence of hospitals as places for healing and the studying of illnesses, which led to the subordination of nursing to medicine, as a continuation of the latter, obstructing the fact that each had a distinct historical origin. In Brazil, the Sanitary Reform, which began in the Seventies, opened way for the actuation of the nurse in the collective health in which area, supported by the Ministry of Health, this professional had room to develop his autonomy, detaching himself from physician-centered activity. Starting from the pertinent legislation and the theoretical debate on the concept of autonomy, this work intends to determine whether or not this autonomy really exists. This collation was done concerning four female nurses on the Family Health Program in Londrina, State of Paraná, who took part in the survey by filling out an instrument in which they described their daily activities over

* Maria José de Melo Prado, graduada em História e Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Ensino de História pela Universidade Estadual de Londrina, Especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Filadélfia e aluna do curso de Especialização em Administração Hospitalar pela Universidade Estadual de Londrina. Endereço eletrônico: gataria9@hotmail.com.

a period of fifteen days. There was also direct visualization by the author of this survey, who underwent internship at the already mentioned health unit. At the end, we compared the data collected with the attributions of a Family Health Program nurse as defined by the Ministry of Health. We concluded that the professionals who were the object of the survey fulfilled the attributions which are granted them by law. We compared those findings with the existing bibliography on this subject in order to determine whether those nurses' fulfillment of their attributions follow a trend or are isolated cases. Although works on this topic are rather few, the data we found suggest that there is a movement under way, on the part of the Family Health Program nurses, to secure their areas of autonomy and thus contribute to their professional identity.

KEY WORDS: Nurse; Family Health Program; Autonomy; Professional Identity.

Esse texto é parte de uma monografia de Especialização em Saúde Coletiva, na qual se discutiu uma perceptível mudança paradigmática da imagem do profissional da enfermagem a partir da sua atuação no Programa de Saúde da Família - PSF, local que, por ser espaço de ação relativamente novo e instituir a obrigatoriedade do trabalho interdisciplinar, permitiu a revisão dos lugares ocupados socialmente pelas diferentes categorias dos profissionais de saúde, assim como uma nova demarcação hierárquica, que alterou a configuração de poder previamente existente. Referimos-nos à relação entre os profissionais de enfermagem e os de medicina, os primeiros buscando maiores espaços de atuação profissional e os segundo lutando para manter a configuração atual.

Para compreendermos mais profundamente esse conflito, é necessário que remontemos à formação histórica da profissão de enfermagem e sua inter-relação com a sociedade ocidental. O cuidado ao corpo doente existe desde os primeiros agrupamentos humanos, nas sociedades primitivas pré-cristãs, quando as mulheres, chamadas de feiticeiras ou curandeiras, e parteiras, possuíam saber empírico adquirido pela tradição e dominavam o conhecimento relativo às ervas medicinais e à arte de curar. Sendo sociedades matriarcais, veneravam a entidade feminina que simbolizava a natureza, o que levava à valorização da mulher e do que o feminino representava (MOREIRA, 1999).

O advento do cristianismo mudou a concepção de mundo, impondo-se como religião oficial ocidental e passando a dominar todas as esferas da vida, fossem espirituais, sociais ou privadas, conceitos que se confundiam e não possuíam os limites que apreendemos hoje, especialmente durante a Idade Média, quando a religião permeou todas as esferas da vida de maneira impositiva e marcante. O cuidado com o corpo doente era visto então como uma forma de caridade e de se aproximar da salvação divina, sendo exercido principalmente pelas mulheres, que precisariam se penitenciar em dobro, pois fora por meio delas que o pecado original entrou no mundo. O objetivo não era a cura do corpo doente, mas sim da sua alma imortal.

Com o avanço ainda tímido do chamado conhecimento científico, o espaço hospitalar, para o qual as pessoas se dirigiam ou eram levadas para esperar a morte ou para impedir que propagassem doenças à coletividade, transformou-se em espaço de cura. Nesse contexto, o modelo religioso do cuidado ultrapassou os domínios da igreja, e por não possuir mais o caráter caritativo, de penitência, era indigno das mulheres nobres. Esse trabalho coube, assim, aos indivíduos que de alguma forma eram excluídos da sociedade, como prostitutas e mulheres de reputação duvidosa (MOREIRA, 1999)

A enfermagem profissional institucionalizou-se no século XIX, com Florence Nightingale, respondendo a um projeto burguês expansionista que se instalava neste momento, que por sua vez trazia a necessidade da recuperação e manutenção da força de trabalho e de controlar as doenças em escala social (GOMES, 1997). Mas para reverter a imagem da cuidadora, e possibilitar que as famílias nobres permitissem às filhas tal ocupação, era necessário resgatar a credibilidade da imagem dos hospitais e os ideais de pureza feminina, associando a arte de cuidar à devoção, à natureza assexuada, à idoneidade moral e ao desprendimento.

Essa postura reforçava os valores cristãos, à medida que legitimava a disciplina e a obrigatoriedade de valores morais benquistos pelo cristianismo. Florence ainda introduziu como preceitos necessários à enfermagem uma rígida hierarquia entre seus membros, influência sua alta posição social dentro da aristocracia da época e de valores militares, pois formulou muitas de suas teorias enquanto atuava em campos de guerra (RODRIGUES, 2001, p. 76-78).

Assim, a instituição da enfermagem moderna deu-se pela necessidade de afirmar-se como prática moralmente idônea, com valores supostamente femininos de submissão, caridade, abnegação e paciência. A potencialidade da mulher em curar - que remontava às civilizações primitivas, na figura das curandeiras que na Idade Média foram queimadas como bruxas, por possuírem um saber empírico e objetivo, deveria ser vigiada e limitada, vedando-lhe o conhecimento científico, sob o risco de adquirirem independência (MOREIRA, 1999).

A institucionalização e estruturação do ambiente hospitalar como sinônimo de cura trouxe em sua gênese o predomínio médico, à medida que os corpos agora eram medicalizados como objetos de estudo e intervenção. Esse processo submeteu o cuidado à cura e o trabalho da enfermeira ao do médico, concepção que se reflete hoje na forma como a enfermagem é entendida, ou seja, como uma profissão feminina que depende da medicina – masculina por excelência, para existir (MOREIRA, 1999).

No Brasil, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, e a implementação da inicialmente chamada Estratégia de Saúde da Família – ESF, que posteriormente tornou-se Programa de Saúde da Família, novos espaços de atuação foram abertos aos enfermeiros. A conquista destas áreas enfrentou a resistência dos profissionais médicos, principalmente daqueles que não possuíam formação na área de saúde pública, que tenderam a “ver o trabalho do enfermeiro como uma intromissão em áreas que não são de sua competência”. Porém, os protocolos propostos para a implantação do PSF proporcionam aos enfermeiros melhor definição de suas competências e maior controle de suas atividades, pois no ambiente de trabalho hospitalar tradicional vivencia-se uma relativa indefinição de seu papel profissional (ARAÚJO, 2005).

Essa breve introdução teve o objetivo de contextualizar o trabalho do enfermeiro dentro da saúde coletiva no Brasil, para verificarmos, a partir de um estudo de caso, se o enfermeiro tem conseguido desenvolver suas práticas com independência e auto-governo, que constituem o conceito de autonomia.

Os dados utilizados nessa pesquisa foram recolhidos no período de 15 de junho a 02 de setembro de 2005, em uma Unidade de Saúde da Família, USF, da região central da cidade de Londrina, Paraná. Os participantes foram as quatro enfermeiras que atuam nessa unidade, com uma ocupando o cargo de administradora e as outras sendo responsáveis pelas Equipes de Saúde da Família - ESF. Os dados foram coletados a partir da utilização de um instrumento, visando a

descrição diária e detalhada das ações desenvolvidas por estas profissionais. Foi empregada também a técnica de observação participante, realizada pelo contato direto do observador com o fenômeno a ser observado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade e o contexto do objeto a ser investigado. A importância desta técnica está na possibilidade de captar vários detalhes, situações ou fenômenos diretamente ligados à realidade (NETO apud PIETRUKOWICZ, 2001).

O trabalho foi desenvolvido fundamentado na abordagem qualitativa, que segundo MINAYO apud CÂMARA (1999), não se preocupa em quantificar, mas sim em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais. Volta-se para a vivência, a experiência, o cotidiano, e para a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.

A partir da obtenção e da análise dos dados, estes foram classificados em ações de gerência, educativas ou assistenciais, de acordo com o tipo de atividade que contemplam. Tomando como base o conceito de autonomia e as especificações do Ministério da Saúde, pela Lei 7498, de 25 de junho de 1986, e da Legislação de Enfermagem, pela Resolução COFEn número 195, de 1997, sobre quais ações são pertinentes ao enfermeiro, analisaremos as informações obtidas, propondo-nos a entender como essa relação ocorre na prática, dentro do Programa de Saúde da Família, PSF, da referida USF (LEAL, MONTEIRO & BARBOSA, 2004).

O PSF tem por base a equipe multiprofissional, com uma estrutura que possibilita que seus membros visualizem melhor a definição de suas competências, o que permite maior autocontrole sobre suas atividades. A proposta do trabalho em equipe é uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, que aprofunda verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001).

Segundo MERHY apud ARAÚJO (2005), é necessário reconstruir a autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e, ao mesmo tempo, percebê-lo como um trabalhador coletivo que contribua para a construção de espaços institucionais formado por um conjunto de atores. Nossa hipótese é que a horizontalidade das ações que o trabalho em equipe possibilita, tem permitido ao enfermeiro exercer seu trabalho desvinculado do trabalho médico, concretizando a proposta do Sistema Único de Saúde, SUS, de ampliar o conceito de saúde como ausência de doença. Assim, abrange também as ações de prevenção e promoção da saúde e descentraliza a figura do médico. A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico, requer alterações na forma de atuação e na organização do trabalho. Cada profissional tem uma função a desempenhar, em um processo de trabalho que se molda pela contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (Brasil, 2001, p.74).

Nossa observação da prática, durante a realização dessa pesquisa, tornou possível perceber que o enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades. Essa conclusão também está presente na bibliografia lida sobre o assunto, porém é importante ressaltar que essa autonomia não existe naturalmente, mas tem que ser conquistada, inclusive por causa da tendência histórica do médico em tentar impor atividades a serem cumpridas por ele no processo de trabalho (ARAÚJO, 2005).

Para PEDUZZI (2001), no trabalho em equipe, observam-se três concepções distintas quanto à autonomia:

Na primeira, o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda, ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; e, na terceira, apreende o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes. A autonomia profissional pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada a complementaridade dos trabalhos especializados.

É na terceira categoria que se enquadra o trabalho do enfermeiro, pois seu objetivo é conquistar espaços que lhe são legalmente garantidos, e não assumir a responsabilidade dos outros profissionais. As ações de um enfermeiro do PSF visam tanto garantir o funcionamento cotidiano da USF, quanto atender às necessidades dos usuários e proporcionar capacitação da equipe. Na maior parte dos casos, é ele quem atua como coordenador das unidades, direcionando as ações.

A partir da classificação obtida em nossa pesquisa sobre as atividades do enfermeiro, como gerenciais, educacionais e assistenciais, analisaremos de que forma ocorrem e que instrumental fornecem, para permitir ao profissional tornar-se responsável pela realização das suas atividades.

1. AS AÇÕES GERENCIAIS

Entre as ações descritas, listamos aqui aquelas consideradas de gerência. Por ações gerenciais, entendemos as atividades que dão suporte para a realização e a continuidade do trabalho de todos os profissionais envolvidos e permitem o funcionamento da USF. O processo de trabalho de gerência em UBS envolve, de um lado, a execução de práticas gerenciais que abrangem o território de formulação e decisão política e, de outro, práticas que intentam fabricar as condições materiais do trabalho em saúde (FRACOLLI & EGRY, 2001). É fundamental o reconhecimento do espaço político no exercício profissional do enfermeiro, desenvolvendo sua prática social com coerência e visão crítica da realidade, diante de diferentes contextos (PROCHNOW, 2001).

O enfermeiro traz consigo um sistema de representações de mundo que caracteriza sua especificidade cultural, sendo resultado do seu meio cultural e da sua formação profissional, assim como da influência do modo de pensar dos demais profissionais da saúde com os quais compartilha determinado espaço. Serão essas características que definirão, mais do que protocolos ou resoluções, sua atuação como gerente. As ações gerenciais podem ser realizadas no âmbito da própria USF ou fora dela, mas mantém sua função de viabilizar o processo de trabalho. A partir da nossa coleta de dados, obtivemos as informações elencadas a seguir:

1. negociação vagas de urgência para consultas com médicos especialistas: o acesso a esses profissionais ocorre por meio de encaminhamento do médico clínico geral das USF, por meio do qual se faz agendamento dessas consultas. Nas situações em que o usuário tem urgência pela avaliação do especialista, por conta de algum agravo em saúde, é possível negociar o atendimento, com os órgãos prestadores do serviço;
2. capacitação para implantação de novos protocolos de rotinas de atendimento que posteriormente são transmitidos à equipe;

3. recebimento e envio do malote: essa prática permite às USF comunicarem-se formalmente e trocarem documentos, como prontuários de pacientes que mudaram para outras regiões da cidade. Permite ainda o envio de documentos relativos aos funcionários, como pedidos de férias ou holerites de pagamentos, materiais informativos e outros;
4. distribuição de atividades, diárias ou semanais: embora haja uma rotina de trabalho estabelecida, a dinâmica do processo de trabalho em saúde exige constantes readequações. Assim, essa atividade faz parte da rotina da enfermeira coordenadora;
5. fechamento de relatórios pertinentes às ações desenvolvidas na USF, pois por meio desses dados é possível fazer análises epidemiológicas, que permitirão estabelecer planos de ação no cuidado com o usuário;
6. reunião de coordenação: essas reuniões ocorrem por solicitação da Secretaria de Saúde do município, em ambiente externo à Unidade de Saúde, e visa discutir implantação de protocolos, questões burocráticas, planejamento de campanhas, como de vacinação infantil e de idosos, dentre outros;....
7. reunião com a equipe de trabalho da USF: reunião mensal, em que se discutem aspectos e acontecimentos relacionados ao processo de trabalho;
8. resolução de conflitos internos: muitas vezes, o enfermeiro precisa intervir nos conflitos que surgem quando se trabalha em equipe, com diferentes profissionais e diferentes personalidades. Essa intervenção pode ser feita no grupo ou individualmente, quando necessário, mantendo a privacidade do funcionário e não o expondo às situações constrangedoras;
9. fechamento mensal de relatórios sobre as atividades desenvolvidas pelas ESF, nos quais estão descritos o número de visitas domiciliares, atendimentos médicos e de enfermagem e outros. Essas informações alimentarão a base de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica -SIAB, um dos instrumentos para conhecer a situação da saúde do município e planejar ações;
10. registro de dados, tais como anotação nos prontuários dos pacientes visitados nos domicílios, anotação de resultados de exames em locais próprios, como meio de registro e controle do trabalho da USF e outros.

Essas atividades respondem às atribuições propostas pelo Ministério da Saúde como sendo do enfermeiro (Brasil, 2001), sendo elas: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar o funcionamento da USF. Entendemos que podem ser desenvolvidas com total autonomia, possibilitando a este profissional organizar seu tempo e planejar o funcionamento da Unidade de acordo com sua concepção de trabalho.

2. AS AÇÕES EDUCATIVAS

As ações de educação em saúde dentro do PSF são comumente consideradas como atribuições da enfermagem e definidas como aquelas que fornecem subsídios para que a equipe que atua na prestação dos cuidados aos usuários ofereça uma assistência de melhor qualidade. A educação permanente assume papel fundamental diante da demanda de capacitação decorrente do despreparo ou da necessidade de atualização dos profissionais da saúde. É importante diferenciar educação permanente de educação continuada, pois a primeira pressupõe o multiprofissionalismo, a prática institucionalizada, enfoca os problemas de saúde de cada contexto, busca a transformação das práticas técnicas e sociais, é contínua, centra-se na resolução dos

problemas e objetiva mudanças, sendo utilizada no cotidiano das USF. Já a segunda é uniprofissional, sugere a prática autônoma, enfoca especialidades, objetiva a atualização técnico-científica, é esporádica, resulta da pedagogia da transmissão, e busca a apropriação do conhecimento (CECCIM, 2005).

As ações em educação voltam-se também para os usuários, para proporcionar condições de que exerçam o auto-cuidado e tenham participação e conhecimento sobre o processo de saúde-doença a que está exposto:

1. capacitação ou participação em cursos de atualização que poderão proporcionar maior qualidade na assistência ao usuário;
2. acompanhamento dos alunos de projetos em parceria com instituições de ensino, que atende alunos dos cursos de enfermagem e medicina e objetiva a inserção destes na realidade da saúde coletiva, por meio de visitas semanais e atuação junto ao usuário, objetivando integrar a Universidade à comunidade;
3. seleção semanal dos pacientes a serem atendidos pela visita domiciliar da equipe de enfermagem e do médico e preparo da mesma. Essa decisão é tomada em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aceita sugestões dos auxiliares de enfermagem, pois estes estão destinados a determinada equipe e conhecem o público, já que normalmente são eles quem realizam os cuidados;
4. capacitação dos ACS: discussões e palestras, capacitação para identificar pacientes em situação de urgência, que necessitem de atendimento imediato ou programado, esclarecimentos sobre patologias, sobre preenchimento de formulários, dentre outros;
5. educação em saúde para grupo de idosos, que tem a função de discutir as doenças crônico-degenerativas das quais grande parte dos pacientes são portadores, principalmente Hipertensão Arterial - HA e Diabetes Mellitus - DM.

Entre as atribuições de um enfermeiro de PSF, constam, no Guia Básico do Programa de Saúde da Família, supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, ACS, e auxiliares de enfermagem para melhorar o desempenho de suas funções, estabelecer prioridade das ações conforme as Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS, aliar atuação clínica à Saúde Coletiva e organizar e coordenar grupos de patologias específicas, como HA, DM e Saúde Mental. Percebemos então que as ações dos enfermeiros, levantados em nosso estudo de caso, contemplam também esses aspectos.

3. AS AÇÕES ASSISTENCIAIS

Ações assistenciais são definidas como aquelas realizadas junto aos usuários e voltadas para seu bem estar. Embora também possam ser programadas levando-se em conta o funcionamento da UBS, ocorrem de diferentes maneiras, de acordo com a necessidade do usuário e com características pessoais e formativas do profissional que o atende. As ações assistenciais são as que recebem as maiores críticas por parte da classe médica, que entendem que não são de atribuição do enfermeiro, embora estejam garantidas pela Legislação de Enfermagem e por protocolos estabelecidos nos manuais do Ministério da Saúde.

Nestes, inclusive, a maior parte das atribuições do enfermeiro são de ordem assistencial, como podemos observar: realizar cuidados diretos de Enfermagem em urgências e emergências clínicas, fazendo indicações para a continuidade da assistência prestada; realizar consulta de Enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão; executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; no nível das competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e no domicílio, se necessário (Brasil, 2001).

Desse modo, serão a postura e o conhecimento das bases legislativas de sua profissão que determinarão as ações do enfermeiro. Ou seja, as bases legais existem, cabendo ao profissional transformá-las em prática, tendo consciência de que enfrentará resistências e conflitos, principalmente por membros da classe médica. A postura dessa classe no sentido de garantir seus espaços de poder é histórica, embora cuidadosamente manipulada para parecer natural à profissão, pois normalmente não transparece o discurso da construção social deste poder. Desde o final do século XIX, a profissão médica passou, no Brasil, por uma crise de redefinição da base cognitiva da medicina e da reestruturação do mercado de serviços da assistência médica.

Em 1922, no “Congresso Nacional dos Práticos”, o debate levantando era sobre a concorrência das “coletividades”, ou seja, das organizações mutualistas e filantrópicas da sociedade civil que se multiplicaram no início do século XX. A entrada dos médicos no serviço público causava o temor que a categoria fosse desmerecida em termos salariais e perdesse clientela, pois os serviços seriam agora oferecidos gratuitamente (PEREIRA NETO, 1995).

A partir de 1970 iniciou-se um processo de reformulação nas práticas em saúde, que trouxe como mudanças a transferência da assistência para o âmbito do Ministério da Saúde e a criação do SUS e reformulações na política de recursos humanos setoriais. O estabelecimento do trabalho em equipe retirou a intangibilidade do médico, pois ele depende da ação de outros profissionais para desenvolver seu trabalho. Essa conformação é responsável pela impressão que está perdendo terreno, o que motivou movimentos como o Ato Médico, proposta que visa a tornar exclusivo do médico ações diagnósticas e terapêuticas (GUIMARÃES & REGO, 2005, 4). Essa regulamentação é necessária perante a “*proliferação de profissões de saúde, quase todas atuando em atividades que, no passado, eram exclusivamente médicas*” (www.portalcofen.gov.br). Segundo conteúdo do projeto 025/02: ‘São atos privativos de médicos a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças, respeitando o livre exercício das profissões de saúde nos termos de suas legislações específicas’.

Essa proposta, entretanto, vai de encontro a Legislação de Enfermagem, pelas Resoluções 271/2002 e 195/1997, que permitem ao profissional o diagnóstico e tratamento das chamadas “patologias delegadas” e é embasada pelo Ministério da Saúde, por proporcionar maior resolutividade do serviço e maior satisfação dos usuários.

Os dados coletados em nossa pesquisa, que se referem às ações assistenciais, são os seguintes:

1. visita domiciliar (médica e de enfermagem): o enfermeiro realiza visitas individuais e acompanha a visita médica, o que possibilita a troca de informações entre os profissionais das diferentes áreas. Nessas visitas, são verificados sinais vitais, realizadas orientações sobre hábitos de saúde ao paciente e ao cuidador, discutidas permanências ou trocas de medicação, realizados curativos, e outros;

2. puericultura: é um dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é promover a saúde da criança, pelo acompanhamento e orientação às mães ou cuidadores sobre as condutas mais adequadas para o desenvolvimento infantil e identificar doenças e/ou sinais de alarme para tratamento e/ou encaminhamento adequado das crianças para atenção apropriada;

3. Terapia Comunitária: é uma prática terapêutica solidamente ancorada na teoria sistêmica, na teoria da comunicação e na antropologia cultural, sendo destinada à prevenção na área da saúde. Atende grupos heterogêneos, de organização informal, num contato face-a-face e que demonstram um interesse comum que é o alívio de seus sofrimentos e a busca de bem estar;

4. vacinação: as vacinas são o principal mecanismo de controle das doenças imunopreveníveis, e aplicadas tanto pelas enfermeiras quanto pelas auxiliares de enfermagem, de acordo com a demanda;

5. atendimento à demanda espontânea: essa atividade é realizada dentro da USF, consistindo em ações de acolhimento, avaliação, orientação, encaminhamento para outros serviços, quando necessário;

6. atendimento à demanda programada:

a atividade de coleta de sangue para análise laboratorial fica a cargo de um enfermeiro, que a realiza duas vezes por semana;

aconselhamento: a realização de testagem sanguínea para HIV está condicionada à realização de uma consulta com o paciente, na qual este será informado sobre as características da doença, tratamento e riscos. O enfermeiro que o realiza deve participar previamente de uma capacitação;

coleta de preventivo para Citologia Oncótica: a realização desse exame é função do enfermeiro, que também esclarece dúvidas e orienta as mulheres sobre métodos contraceptivos e de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, além do auto exame mensal de mamas, para detectar alterações e prevenir câncer de mama;

solicitação do exame β HCG, para detecção de gravidez;

pré-natal: o programa de pré-natal, preconizado pelo Ministério da Saúde, tem o objetivo de assegurar que todas as gestações terminem com o nascimento de um recém-nascido saudável, sem prejuízos à saúde materna; essas consultas são alternadas com consultas médicas e permitem à equipe acompanhar a evolução da gestação de cada paciente, além de esclarecer dúvidas e orientar sobre parto, puerpério, amamentação, cuidados com o recém-nascido, etc.

7. Busca ativa de pacientes faltosos aos programas, seja por meio de telefonemas das próprias enfermeiras ou por meio dos ACS;

8. consulta de enfermagem: é aquela na qual o profissional utiliza suas competências clínicas e de relacionamento humano para responder à necessidade do outro, que busca nesse momento esclarecimento ou algum tipo de apoio. Nesse momento, pode solicitar exames e prescrever medicações protocoladas;

Concluímos, pela comparação entre as ações preconizadas nos protocolos e as ações realizadas pelas enfermeiras da UBS estudada, que estas têm utilizado as bases legais que lhes garante autonomia no trabalho. Embora os estudos sobre o tema não sejam tão abundantes, a maioria revela ganho de autonomia em relação ao trabalho médico para exercer as atividades que são de sua competência. Em sua dissertação de Mestrado, a enfermeira Maria de Fátima Araújo (2005) concluiu que:

(...) na percepção dos enfermeiros, a proposta do PSF de incentivar uma maior integração dos profissionais lhes tem permitido um maior controle sobre o seu objeto de trabalho e uma melhor definição de seu papel, aspectos que refletem naturalmente na questão da identidade profissional.

Outro aspecto desse ganho de autonomia se refere à conquista de maior prestígio social e político, tanto entre a equipe quanto entre os usuários, por meio da participação igualitária nas decisões tomadas pela equipe. Em relação à comunidade, esta percebe o enfermeiro em condições de igualdade, em uma relação de parceria, com o médico (ARAÚJO, 2005). Esse reconhecimento é importante porque o enfermeiro também passa por um processo formativo longo e árduo, que não é identificado quando não se distingue esse profissional dos outros membros da equipe de enfermagem, que possuem formação técnica.

Essa transformação na prática da enfermagem permite a formulação de sua identidade profissional, pela qual o indivíduo cria a imagem de si mesmo. ELLIOT apud ARAÚJO (2005) diz que “a adoção de uma identidade profissional supõe um impacto sobre o pensamento e o comportamento através de aperfeiçoamento de ideologias profissionais claras e distintas”.

Segundo ARAÚJO (2005):

A adoção da co-responsabilidade no programa tem representado uma maior valorização do enfermeiro, minimizando as dificuldades normalmente presentes nos relacionamentos entre os profissionais, principalmente pela já conhecida resistência do médico para aceitar o enfermeiro com um profissional de nível superior em igualdade de condições para tomar decisões na equipe.

Considerando o contexto histórico e ideológico do nascimento e desenvolvimento da enfermagem moderna, avaliamos que as mudanças em sua identidade profissional, principalmente aquelas que supostamente colocam em risco a hegemonia da classe médica, não serão fáceis. As preocupações e discussões levantadas sobre o tema refletem um processo dinâmico e político na construção das bases do seu conhecimento profissional, que está atrelado à transformações de ordem global, à medida que se redefinem os papéis profissionais de diversas categorias, seja pela institucionalização de novas profissões ou pelo processo de mudança dentro das já existentes.

O movimento de reconstrução da identidade profissional da enfermagem está relacionado ao aumento da complexidade das políticas de saúde, que buscam melhorar a qualidade de vida da população, sendo necessário que os enfermeiros pensem suas práticas diárias de trabalho como políticas, que ultrapassem os limites da assistência e busquem transformar-se em ações de cidadania.

Do mesmo modo, as ações de recuperação, prevenção e promoção devem ter como meta não somente a saúde do corpo biológico, mas também do corpo social, à medida que transformem em realidade os direitos garantidos por lei à toda a população, pelo princípio de igualdade. É tempo de o enfermeiro assumir-se como responsável pela sua própria história e pela história da sociedade em que vive, superando seu histórico de personagem acrítico a passivo, atuando como agente ativo e transformador da realidade por meio da sua prática.

4. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. S. *O Enfermeiro no PSF: prática profissional e construção de identidades*. Revista Conceitos, 2005. Disponível em <www.cchla.ufpb.br/ppgs/teses>. Acessado em 02/5/06.

BOFF, L. *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

Brasil, Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. *Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem*. V. 2, n. 5, 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão e da Educação em Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2002.

Câmara, M. F. B.; Damásio, V. F.; Munari, D. B.. *Vivenciando os desafios do trabalho em grupo*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível <www.fen.ufg.br/revista>. Acessado em 12 de novembro de 2005.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. *A Organização do Sistema de Saúde no Brasil*. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L (org). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001.

CECCIM, R. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Revista Interface* (Botucatu) v.9 n.16 Botucatu set./fev. 2005. Disponível em <www.interface.org.br/indice>. Acessado em 06/11/05.

FRACOLLI, L. A. ; EGRY, E. Y. *Processo de Trabalho de Gerência: Instrumento Potente Para Operar Mudanças nas Práticas de Saúde?* Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.9, no.5, Ribeirão Preto, Sept. 2001. Disponível em <www.scielo.br>. Acessado em 26/6/06.

LEAL, D. C. M. F.; MONTEIRO, E. M.; BARBOSA, M. A. *Os horizontes da percepção do enfermeiro do PSF sobre os limites de sua legislação*. Revista da UFG – Volume 6, nº Especial, dez. 2004. Disponível em <www.proec.ufg.br>. Acessado em 10/6/06.

MATUMOTO, S. et al. *Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados*. Revista Interface (Botucatu), v.9, n.16, set./fev. 2005. Disponível em <www.interface.org.br/indice>. Acessado em 06/11/05.

MATUMOTO, S., MISHIMA, S. M. e PINTO, I. C. *Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem*. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jan./fev. 2001, vol.17, no.1 [citado 02 Maio 2006], p.233-241. Disponível <www.scielo.br/scielo> Acessado em 02/5/06.

MERHY, E. E. *Em Busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde*. In: *Práxis em Salud: um desafio para lo público*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M. C. de S. *Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva*. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 02 Maio 2006], p.07-19. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em 02/5/06.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de, DESLANDES, S. F. et al. *Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia*. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2003, vol.8, no.1 [citado 02 Maio, 2006], p.97-107. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em 02/5/06.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.1, São Paulo, fev. 2001. Disponível em <www.scielo.br>. Acessado em 26/6/06.

106 PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. p. 117. Disponível em <www.portalteses.cict.fiocruz.br>. Acessado em 12/11/05.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; ERDMAN, A. L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.9, no.5, Ribeirão Preto, Sept. 2001. Disponível em <www.scielo.br/scielo>. Acessado em 12/11/05.

Sites Utilizados

dtr2004.saude.gov.br/dab/

www.londrina.pr.gov.br/saude/planomunicipal

www.saudepublica.cict.fiocruz.br