

PRÁTICA PROFISSIONAL E CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria de Fátima Santos de Araújo

Introdução

Este trabalho¹ tem por objetivo analisar a construção da identidade profissional do enfermeiro participante do Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde. Procura-se verificar a configuração de uma prática num espaço demarcado pela interdependência com diversos profissionais e a participação da comunidade.

O PSF é estruturado em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, os Municípios e Instituições de Ensino Superior e procura atingir prioritariamente parcelas mais pobres da sociedade. O seu funcionamento se dá através de uma Unidade de Saúde da Família, com uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, embora outros profissionais possam ser incorporados.

Esse Programa contempla, em sua proposta teórica, a valorização do trabalho em equipe, a partir do ideal de uma nova cultura no trabalho onde se atribui a co-responsabilidade entre os profissionais, creditando a esses aspectos a capacidade de dar novos contornos às relações sociais dentro do espaço de trabalho.

Ao estabelecer novas formas de organização do trabalho, através de mudanças estruturais na assistência em saúde, o PSF vem requisitando do profissional de saúde uma nova ética profissional na qual o compromisso constitui-se requisito básico. A divisão de trabalho se dá de forma a intensificar o nível de interação entre os diversos profissionais através da execução de um trabalho integrado, de modo que possa repercutir na percepção que cada profissional tem de si e dos outros, contribuindo assim para o surgimento de mudanças no perfil desse trabalhador e influenciando a construção de sua identidade profissional.

O modelo apresenta-se como uma alternativa para reorganizar a atenção básica de saúde no Brasil, a partir de uma concepção de trabalho que se notabiliza pela proposta do estabelecimento de inter-relações entre os vários setores responsáveis pela assistência à saúde, promovendo uma ação mais ampliada dos serviços que se inicia na Unidade Básica e vai até os níveis de maior complexidade.

O PSF acena com a redefinição do conceito de saúde e da prática profissional. Constitui um espaço onde a reelaboração de identidades profissionais está em curso e que sintetiza influências contraditórias de proposições do movimento sanitário e de implantação de reformas decorrentes de novas concepções da atuação estatal.

¹ Integra tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação da UFPB em junho de 2003.

Trata-se da proposição de uma organização de trabalho em que, teoricamente, o enfermeiro exerce um papel preponderante, desde o planejamento das ações até a assistência, o que torna sua ação diferente daquela que ocorre em instituições estruturadas no modelo tradicional.

A característica multiprofissional do PSF e o papel desempenhado pelo enfermeiro contrastam com a indefinição existente em outras instituições, indefinição marcada pelas diferentes atividades desempenhadas, nem sempre compatíveis com a sua formação, dificultando o delineamento de seu perfil enquanto profissional. Historicamente, devido a problemas relacionados à ambigüidade de sua inserção no campo das profissões, a trajetória desses trabalhadores é caracterizada pela luta permanente pela legitimação de suas atividades como ocupação de nível superior e pela conquista de prestígio social.

Nesta pesquisa procurou-se conhecer o enfermeiro no PSF a partir da imagem que constrói de si mesmo, em contraposição à imagem do outro, o médico, o profissional com o qual mantém, historicamente, relações de subserviência e de conflito no processo de trabalho. Essa construção tem por base as relações estabelecidas no contexto do trabalho em equipe, na interação com o objeto de trabalho (a família), frente às experiências vivenciadas em sua trajetória profissional.

Foram realizadas vinte e nove entrevistas com enfermeiros e médicos, a partir de roteiros semi-estruturados, em dez municípios paraibanos, onde se constataram, entre outras coisas, especificidades na inserção e na prática dos profissionais inseridos nos Programas, devido a características contextuais na sua implantação e funcionamento. Junto com as entrevistas foram feitas visitas às Unidades de Saúde para conhecer o cotidiano de trabalho e o funcionamento interno dessas Unidades. Deve-se ressaltar que a Paraíba foi um dos primeiros Estados a ter o PSF implantado (1994), o que permite recuperar questões vinculadas a sua implementação e consolidação.

Profissão: vocação, orientação para o serviço e autonomia

Para a discussão sobre identidade profissional tomou-se como referência as categorias *vocação, orientação para o serviço e autonomia* utilizadas por Moore (1970), na construção de um tipo ideal de profissão.

A *vocação* (ou o chamado), definida como a adesão às normas e padrões que identifica o trabalhador com o companheiro de profissão e com a profissão como coletividade (op.cit.p.16), foi historicamente considerada como um elemento forte na opção inicial pela profissão de enfermagem.

Aliada à questão vocacional, persiste a busca pela afirmação profissional, pelo fato do trabalho do enfermeiro ter sido quase sempre organizado em função do trabalho médico; todo um conjunto de tarefas decorre do ato médico para assegurar o tratamento da doença. Em consequência deste modelo e de sua origem, o enfermeiro permaneceu longe de um saber mais elaborado e diferenciado que lhe conferisse maior autonomia no trabalho.

Mackay levanta duas questões a respeito da tentativa de mudança de rumo para a profissão, que devem ser consideradas: o fato de que para o

enfermeiro é atrativo ser um profissional estabelecido em igualdade com o médico; ou que "...algo intrínseco à prática de enfermagem pode ser perdido se o elemento vocacional for extinto[...] isto é uma ideologia ocupacional que tem orientado enfermeiros e a prática de enfermagem nos últimos cem anos".(1998, p.69)

A *orientação para o serviço* é entendida como normas determinadas para o exercício das ocupações, no sentido de orientar os procedimentos técnicos da profissão voltados para o atendimento dos interesses do cliente e não dos seus como profissional. (Moore, idem, ibidem) Deve ser analisada levando em consideração o compromisso social assumido pelo profissional no sentido de contribuir com a melhoria das condições de saúde da população assistida.

Como lembra Larson (1977), a *orientação para o serviço* é também o atributo que mais permite distinguir uma profissão da outra, por envolver definições e regras de comportamentos de cada ocupação, a serem cumpridos ou vivenciados coletivamente.

A discussão feita por Moore sobre *autonomia* na escala do profissionalismo visa considerá-la como o valor mais importante para membros auto identificados em uma categoria ocupacional. Assim, à medida que há um crescimento da especialização técnica, cresce também a *autonomia* relativa do especialista. Segundo o autor, por se estar lidando com uma escala pura, uma *autonomia* pura depende de critérios claros, de modo que se possa distinguir o profissional do leigo. (idem, ibidem)

A *autonomia* profissional é atribuída normalmente às profissões estabelecidas que possuem uma base cognitiva sólida. Esta posição teórica enquadra como semiprofissão, entre outras ocupações a enfermagem, o que na prática é refletida pela hierarquização existente na sociedade entre os profissionais de saúde, colocando-a numa posição subalterna nos serviços de saúde.

O *profissionalismo* é visto como uma escala, um *continuum* - e não como um grupo de atributos com valores diferenciados e pontuais - um processo em que cada atributo alcançado pelas diversas ocupações pode significar uma maior aproximação do *status* de profissão. Nesta perspectiva, o maior obstáculo para o enfermeiro chegar ao topo do *profissionalismo* é a ausência de um conhecimento esotérico, entendido como um conhecimento reservado a um círculo restrito de profissionais. (idem, ibidem)

Os elementos que constituem o *profissionalismo* não são sempre constantes e claros, nem o *profissionalismo* é sempre valorizado. Uma diferença entre o verdadeiro profissional e o semiprofissional é que o primeiro trata sempre clientes específicos. A isso pode ser adicionado o fato de bem estar dos clientes e dos profissionais ser afetado pela competência e qualidade do serviço realizado. Uma dificuldade para muitas abordagens acadêmicas na definição de *profissionalismo* é encontrar as características de um tipo ideal de uma categoria ocupacional que possa ser distinguida com facilidade. (idem, ibidem).

Elliott considera que a identidade profissional é importante para permitir que o indivíduo crie uma imagem de si mesmo, e "...a adoção de uma identidade profissional supõe um impacto sobre o pensamento e o comportamento

através de aperfeiçoamento de ideologias profissionais claras e distintas.(1975, p.138)

O debate em torno do conceito de identidade profissional se desenvolve na busca da compreensão dos mecanismos pelos quais uma ocupação historicamente alcança o *status* de profissão, e como esses grupos profissionais adquirem poder e prestígio, influenciando setores da vida em sociedade.

A indefinição de papéis, o desprestígio social e a falta de *autonomia*, tanto nos serviços como em relação aos médicos, tão comentados na literatura que analisa a profissão do enfermeiro, assim como acomodação e a apatia desse profissional diante de tal situação são marcas da trajetória profissional desses trabalhadores.

Entretanto, essa discussão quando direcionada para o Programa de Saúde da Família, permite demonstrar os avanços na profissionalização da enfermagem e rompe de certa forma com a visão estática que procura distinguir uma profissão de uma semiprofissão. O conhecimento e a competência especializados adquiridos nos treinamentos, a autonomia técnica e o controle sobre o trabalho no desempenho de suas funções, tratamento de clientes especializados através da consulta de enfermagem, podem contribuir para elevar o grau de profissionalização do enfermeiro e para reconstrução de sua identidade profissional.

Nessa perspectiva, adotou-se a caracterização feita por Médici et al (1991), que inclui como profissionais de saúde todos aqueles que, estando ou não empregados no setor saúde, têm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho das atividades ligadas diretamente às ações do setor saúde. Ressaltam ainda, que o importante na definição do profissional de saúde é sua formação ou capacitação, constituída por um conjunto de habilidades e conhecimentos adquiridos com vistas a atuar no setor.

O processo de profissionalização do enfermeiro no PSF se expressa na busca pelo poder em igualdade de condições com os demais profissionais e pela definição de seu espaço de trabalho. Assim, os modelos abstratos de atributos utilizados como referência para a análise da posição desta categoria, são aplicados sem a preocupação de seguir rigidamente suas proposições teóricas.

Por outro lado, a enfermagem vem fortalecendo a base científica na sua formação e abrindo frentes de investigação nos vários campos, o que certamente vem contribuindo decisivamente para um maior controle sobre o seu trabalho e uma maior profissionalização.

O enfermeiro e o PSF

O crescimento dos serviços públicos municipais na década de 80 no Brasil, com prioridade para a atenção básica, foi a principal mudança no modelo assistencial brasileiro. O Programa de Ações Integradas de Saúde (SUDS, 1987) e o Sistema Único de Saúde (SUS, 1988), representaram as bases dessas mudanças.(Campos, 1992)

Com o SUS, busca-se o avanço na descentralização no setor público

visando integralizar cada vez mais a assistência, tentando-se estimular a implantação de suas diretrizes. A criação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e de Saúde da Família (PSF) em 1994 foram estratégias utilizadas para atingir esses objetivos.

O PACS tinha por objetivo preparar pessoas da comunidade para, em contato com as famílias através de visitas domiciliares, conhecer os principais problemas de saúde e socioculturais, além de desenvolver ações de educação em saúde e servirem de elo entre a comunidade e outros serviços necessários à melhoria da qualidade de vida da população.

O Programa de Saúde da Família surge a partir da experiência acumulada pelo PACS e representa hoje a principal estratégia de descentralização dos serviços de saúde e foi analisado destacando-se os aspectos relacionados à atuação do enfermeiro.

Propõe a inversão do modelo tradicional de organização dos serviços de saúde, centrado no médico, que reserva aos demais profissionais que compõem a equipe de saúde papéis coadjuvantes. Tendo por base uma equipe multiprofissional, espera-se que os profissionais passem a ter no PSF melhor definição de suas competências e maior controle de suas atividades, no qual deve prevalecer a proposta de compartilhamento e confiança mútua em todo o desenvolvimento do processo.

A Unidade de Saúde da Família é o espaço físico onde se desenvolve a maior parte das atividades do Programa. Possui uma estrutura mais ou menos padrão, embora existam variações entre as unidades e/ou municípios nas condições físicas e no número e tipos de equipamentos. A população assistida por cada equipe é de no máximo 4.500 habitantes ou entre 600 a 100 famílias. Na Paraíba a população assistida é em média 3.500 pessoas por equipe.

Em geral essas Unidades possuem uma sala de recepção (onde são feitas as fichas dos pacientes e a triagem), um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de preparo para vacinação, uma sala mais ampla para a realização de palestras com a comunidade e um refeitório.

O atendimento ambulatorial é feito a partir de uma demanda programada nessa Unidade. O atendimento é realizado individualmente ou em grupos, onde a idade, o sexo e patologias são os critérios básicos utilizados para sua organização, enfatizando medidas preventivas de saúde. Paralelamente, são feitas visitas domiciliares para atendimento de casos especiais, além de ter o objetivo de conhecer melhor a realidade socioeconômica das famílias e de promover uma maior aproximação destas com a equipe de saúde.

O planejamento das ações é elaborado pela equipe, havendo descontinuidade na sua execução em função de necessidades de assistência mais urgentes surgidas na comunidade. Este planejamento segue uma programação elaborada pelo Ministério da Saúde, na qual a população deve ser assistida basicamente por grupos de patologias e/ou faixas etárias.

O processo de trabalho desenvolvido no PSF tem proporcionado ao enfermeiro uma participação efetiva em todas as suas etapas, que vão do planejamento das atividades até a sua execução. A assistência à comunidade

é dada através de ações individuais, através de consultas e de ações coletivas que envolvem palestras educativas e o desenvolvimento de campanhas, procurando intensificar um trabalho preventivo com crianças, adolescentes, hipertensos e mulheres.

O enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional como pelo Ministério da Saúde, apesar das reações surgidas por parte do médico. Atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, são efetivamente atribuições que o enfermeiro vem assumindo no PSF.

Cabe ao enfermeiro conhecer o paciente, identificar os seus problemas e necessidades (consulta e histórico); realizar a prescrição de enfermagem que são as condutas seguidas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de forma individualizada ou em grupo, mas de forma contínua. A prescrição de enfermagem inclui toda orientação dirigida à comunidade como forma de prevenção e proteção à saúde, e até prescrição de medicamentos e requisição de exames em programas de saúde pública, além de acompanhar o processo saúde-doença em curso.

A execução das atividades ao mesmo tempo em que são realizadas conjuntamente, em alguns momentos são também desenvolvidas de forma independente. Quando se trata, por exemplo, de pré ou pós-natal ou preventivo ginecológico, a consulta inicial é feita pelo enfermeiro, tendo este profissional autonomia para decidir os casos que necessitam de um encaminhamento ao médico. Duas atividades são exclusivas do enfermeiro: o acompanhamento das atividades dos agentes comunitários de saúde e a responsabilidade pela cobertura da vacinação.

O Programa exige uma maior aproximação do profissional com a população e o seu cotidiano, requerendo deste, habilidades específicas quase sempre não exigidas em experiências anteriores; ao enfermeiro é dada a oportunidade de avançar em áreas que vão desde o planejamento e coordenação das ações em saúde, até a consulta de enfermagem.

Entende-se que o controle sobre o processo de trabalho, que envolve uma determinada área de conhecimento e técnica, é fundamental para a construção da identidade e manutenção de um grau elevado de profissionalização das diferentes categorias ocupacionais. A partir do Programa de Saúde da Família, se tem, de certa forma, uma visão diferente do que se denomina profissão e semiprofissão e, por isto mesmo, esses conceitos são analisados de forma mais dinâmica e abrangente.

A percepção do enfermeiro do PSF e a reconstrução de uma nova identidade

Procurou-se resgatar a trajetória profissional do enfermeiro comparando-a com a experiência vivenciada no PSF, uma vez que as atividades desenvolvidas por estes profissionais em instituições de saúde que adotam um modelo tradicional de prestação de serviços, apresentam diferenças significativas quando comparadas às atividades deste Programa.

O PSF, enquanto proposta, segue princípios que colocam como prioridade o vínculo e o compromisso do profissional para com a comunidade. Os enfermeiros parecem ter assimilado estas proposições, embora se reconheça que há um condicionamento social em relação a sua atuação na qual sua função seria cuidar do paciente e humanizar a saúde.

Entre os entrevistados, a enfermagem não foi a profissão escolhida de imediato pela maioria. Destes, seis fizeram o primeiro vestibular para medicina, quatro para a odontologia e três para cursos de outra área, o que reflete a escala de valorização das profissões na área e o perfil socioeconômico dos ingressos de cada curso. Tal escala de valorização considera como profissões “maiores” a odontologia e a medicina, cursos geralmente “reservados” para indivíduos de estratos mais elevados da sociedade. Mesmo assim, afirmam que a *vocação* ou “o gostar” da enfermagem é determinante para continuar exercendo a profissão.

O fato de “estar bem” profissionalmente não impede que dúvidas surjam sobre a permanência na profissão. As insatisfações no exercício profissional acompanham suas trajetórias profissionais. A ausência de melhores perspectivas oferecidas pelo mercado de trabalho, os baixos salários e a posição subalterna em geral ocupada nos serviços, são os principais motivos apontados para certo desencantamento com a profissão.

O PSF parece ter modificado a visão do enfermeiro sobre o futuro da profissão. O redirecionamento da atenção básica em saúde - em que se estabelece a possibilidade do exercício da prática profissional com *autonomia* -, e as inovações na formação do profissional de enfermagem enfatizando os conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão, são alguns dos indicadores responsáveis por essa mudança de perspectiva.

Na percepção dos enfermeiros, a proposta do PSF de incentivar uma maior integração dos profissionais tem lhes permitido um maior controle sobre o seu objeto de trabalho, aspecto que reflete naturalmente na questão da identidade profissional. Em consequência, a *autonomia* tão almejada por este profissional parece ter caminhado significativamente, em decorrência da nova dinâmica dos serviços baseada no trabalho em equipe, ou seja, do compartilhamento de saberes e decisões. Tomando como referência às práticas desqualificadas a que tinham acesso anteriormente, esta experiência aparece nas falas como representando de fato uma nova oportunidade para a realização profissional.

O enfermeiro tem sentido este avanço na medida em que tem uma participação igualitária nas decisões tomadas pela equipe, principalmente junto ao médico. Outra conquista se refere à sua relação com a comunidade e a forma como esta lhe vê na escala hierárquica, não estabelecendo muita diferença entre o enfermeiro e o médico, ou seja, a comunidade vê o enfermeiro como “doutor” ou, às vezes, como um “quase-doutor” em função das restrições que são peculiares à profissão nas atividades de consulta e de prescrição.

...para a comunidade a sua identidade ainda está meio confusa, vai identificar a enfermeira com o auxiliar. Por mais que façamos

consulta de enfermagem, por mais que eu faça minha ação[...] eles me atribuem a identidade do médico. Às vezes eles dizem: você é quase-doutora”, porque não estudou mais um pouquinho[...] (Enfermeira “B”)

Com relação à organização do trabalho, as experiências relatadas pelos enfermeiros que trabalharam em saúde pública, antes do PSF, apontaram algumas semelhanças em relação àquelas vivenciadas em hospitais, tais como parcelamento das atividades, a hierarquia e a ausência de vínculo com a população assistida.

Trabalhar em saúde pública para aqueles que optaram por esta área, nem sempre foi sinônimo de satisfação profissional. A ausência de condições adequadas de trabalho nas instituições de saúde tem sido o principal empecilho apresentado para a realização de um trabalho com resultados satisfatórios.

Ao compararem o trabalho desenvolvido no PSF com o anterior realizado na Unidade de Saúde, alguns profissionais declararam:

...antigamente eu vinha na Unidade, atendia um paciente e ele ia embora e talvez só o visse daqui a três ou quatro meses. Aqui conhecemos as pessoas pelo nome, sabemos os problemas delas, onde moram[...] Eu atendo um hipertenso e sei se realmente ele está fazendo a dieta[...] (Enfermeira “L”)

Vi no PSF a oportunidade de praticar e de contato com tudo aquilo que sempre sonhei: a questão da saúde pública, a questão da prevenção, o trabalho junto com a comunidade, o trabalho onde houvesse uma coletividade, participação. (Enfermeira “O”)

Esses depoimentos refletem a inexistência de um envolvimento anterior, com conseqüências na percepção do “valor” atribuído à sua atividade, a partir de mudanças qualitativas no atendimento e em sua relação com a população atendida.

Quanto à *vocação*, houve uma tentativa por parte dos entrevistados de demonstrar a existência de um peso similar entre essa questão e a profissional, pelo que ela tem representado para a enfermagem. Entretanto, é importante considerar o processo de profissionalização por que passa a profissão, exigida principalmente pelas mudanças nos serviços de saúde que tendem a minimizar a idéia de *vocação*, embora esta apareça nas falas dos entrevistados com uma certa ênfase. A atração pelo PSF tem como motivação principal a questão salarial, por representar hoje a melhor oportunidade no mercado para o enfermeiro, o que vem a reforçar a mudança de “tom” da questão da *vocação*.

Constatou-se também, uma elevada compreensão das normas determinadas e dos procedimentos técnicos recomendados pelo Programa, assim como do compromisso social que o enfermeiro estaria assumindo ao ingressar em um Programa que aponta na direção da mudança do modelo assistencial, visando a melhoria das condições de saúde da população.

Desta forma é comum a participação dos enfermeiros na maioria dos cursos de capacitação oferecidos, não só na área técnico-científica, mas em todos aqueles propostos pelas Secretarias de Estado.

Vejo pontos importantíssimos no PSF: um deles é a reorganização da atenção básica; outro seria a luta pela busca de integração de uma família. A gente lida com famílias carentes, excluídas socialmente e acho que o PSF mergulha nessa questão[...] (Enfermeira "P")

...como enfermeira, o Programa me deu a oportunidade de fazer o meu trabalho dentro da enfermagem; um trabalho educativo, um trabalho também clínico porque antes eu não tinha atividade na assistência. Agora com essa mudança de modelo é que realmente a enfermagem está fazendo o seu trabalho e não se vê mais escudo ou auxiliar de médico. (Enfermeira "O")

As mudanças na prática profissional tornam-se evidentes. A natureza do trabalho tem levado a conquista de um espaço no qual o papel do enfermeiro parece estar conseguindo um perfil mais bem delineado. Este Programa aparece como a oportunidade para um reconhecimento social no qual fortalece as aspirações identitárias desses profissionais.

A proposta de trabalho em equipe do Programa, se concretizada, significa um passo importante para superação da subordinação habitual, presente em sua prática cotidiana, dando lugar a um espaço de aprendizagem e de troca de experiências.

O PSF vem resgatar tudo aquilo de se trabalhar na saúde pública, todas as ações... pré-natal, puericultura, tudo que sonhamos em saúde pública além de procurar resolver as questões da comunidade... o enfermeiro tem o maior espaço, tem liberdade... você trabalha em equipe, mas tem espaço de conduta só seu, as consultas[...] você de igual para com o médico.

E prosseguiu:

No PSF você tem continuidade nas ações e uma equipe que está realizando. Antes eu trabalhava isolada numa casinha[...] outra coisa que também é um avanço no PSF é a humanização, é o vínculo que eu tenho com a comunidade e com aquele paciente... as pessoas me conhecem, sabem o nome[...] há uma aproximação, não tem aquela diferença da doutora[...] me sinto realizada por aquilo que eu faço; não que esteja tudo perfeito, ao contrário, é um desgaste quando você não vê as coisas acontecendo como eram para acontecer[...] (Enfermeira "B")

As falas tendem a expressar maior realização profissional no trabalho desenvolvido no PSF, mesmo com as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

Destacam a sua valorização profissional através do trabalho em equipe (por ser realizado em igualdade de condições com os outros profissionais), e o aumento da auto-estima relacionada, principalmente, com a atuação frente ao médico. A responsabilidade pela supervisão dos agentes comunitários de saúde atribuída aos enfermeiros, mesmo representando às vezes, uma sobrecarga de trabalho, indica um poder de intervenção significativo frente ao desenvolvimento dos trabalhos da equipe com ressonância imediata na comunidade.

Outro aspecto a enfatizar é a prática do exercício da enfermagem. Ao contrário do que acontece em instituições hospitalares, que atribuem a estes profissionais tarefas administrativas, ao mesmo tempo em que delega aos profissionais paramédicos tarefas que deveriam ser executadas por enfermeiros, no PSF o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro avança principalmente em relação à consulta de enfermagem. A participação efetiva das decisões no trabalho em equipe torna-se cada vez mais, indício de que o enfermeiro está de fato “marcando” seu lugar, buscando superar a relação de subalternidade com os médicos. Outros depoimentos reafirmam essa questão:

...o enfermeiro fica responsável pelos agentes de saúde e por toda a parte burocrática[...] vejo que a partir do PSF a questão da consulta de enfermagem se consolida mais, o enfermeiro hoje consegue ter uma autonomia maior para cuidar do paciente, de responder muitas vezes por ele[...] eu sei que sou um enfermeira, mas como enfermeira tenho uma certa autonomia para cuidar do paciente”. (Enfermeira “L”)

As atividades burocráticas referidas por esse enfermeiro, não são semelhantes às atividades administrativas desempenhadas em outras instituições. Aqui, elas dizem respeito à coleta e sistematização de dados a serem encaminhados às Secretarias de Saúde e ao Ministério da Saúde.

...o enfermeiro tem mais autonomia, ele não é mais assim tão dependente; tem o controle também da assistência, do paciente. Éramos mais um administrador de prescrição e hoje não somos mais[...] (Enfermeira “I”)

Há ainda uma questão polêmica e que tem provocado um certo incomodo na relação entre médicos e enfermeiros: é a questão da prescrição de medicamentos e exames realizada pelo enfermeiro. Essa não foi suficientemente resolvida entre eles. Há opiniões bastante divergentes dentro do PSF, nas duas categorias. Por mais que o Ministério da Saúde tenha padronizado e definido os limites da prescrição feita pelo enfermeiro, assim

como a Legislação do Exercício da Enfermagem, há controvérsias sobre o assunto. Por parte de alguns médicos existe uma forte reação e alguns declaram ser contra a prescrição pelo enfermeiro em qualquer situação. Entre os enfermeiros, percebe-se também que ainda há insegurança no meio de alguns, mesmo nas situações em que lhes são permitidos tais procedimentos.

Quanto à avaliação de sua inserção no Programa, os enfermeiros, afirmam ter consciência do seu papel social, da sua responsabilidade diante de uma comunidade onde eles estabeleceram vínculos e por isso conhecem os principais problemas vivenciados por ela. O trabalho desenvolvido pelo PSF inevitavelmente exige uma aproximação maior do profissional com o cotidiano da população, permitindo o conhecimento das estratégias de sobrevivência utilizadas por ela. Como o PSF propõe o enfrentamento dos problemas de saúde diretamente na comunidade, o profissional precisa de uma preparação e uma dedicação especiais, completamente diferente daquela exigida em sua prática profissional anterior.

Um ponto que tem evidenciado divergências é o relacionado à questão da remuneração diferenciada para os dois grupos de profissionais. Mesmo reconhecendo que houve uma melhora substancial de seus vencimentos, se comparado com o que é oferecido normalmente no mercado, há uma insatisfação muito grande entre os enfermeiros pelo fato de permanecerem com honorários inferiores aos dos médicos. Porém, esta questão parece não criar problemas entre eles enquanto categoria. Eles tendem a colocar a "culpa" nas administrações municipais, que são as responsáveis pela contratação e fixação dos salários profissionais.

Conclusões

O PSF vem permitindo ao enfermeiro dar importantes passos no processo de redefinição de sua prática profissional.

A concepção e a prática introduzidas pelo PSF no processo de trabalho em saúde favoreceram não só a transformação na assistência, mas também na atuação do profissional. A ênfase no trabalho em equipe se não extinguiu, pelo menos amenizou a hierarquização existente entre as diferentes categorias, da mesma forma que contribuiu para que os conflitos e os problemas surgidos no cotidiano do trabalho sejam administrados de forma mais adequada, o que, certamente, tem reflexos na melhoria da gestão dos serviços.

Mesmo considerando os limites estruturais e conjunturais apresentados, fugindo até mesmo dos princípios preconizados pelo SUS, este Programa tem representado para aqueles que estão diretamente envolvidos uma nova realidade na assistência em saúde para parcela mais carente da sociedade brasileira.

Se para o médico, com a formação voltada para as especialidades, o PSF pode representar uma perda de *status*, principalmente pelo fato de lidar prioritariamente com ações preventivas, além de cuidar de uma clientela em sua maioria caracterizada por uma situação de muita pobreza, para o enfermeiro tem sido o contrário, significando uma conquista de maior *status*.

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 como um profissional de nível superior, em igualdade de condições para tomar decisões na equipe.

A proposta de definição das ações de forma horizontalizada vem criando um espaço de maior respeitabilidade pela participação e colaboração de cada um na elaboração de estratégias de ação, estimulada também pela realização conjunta do planejamento das ações de saúde. Assim, pode-se perceber uma certa relativização ou mesmo oposição no conceito de *autonomia* profissional quando analisada considerando a proposição do PSF. Os profissionais são assalariados, as atividades básicas a serem cumpridas são determinadas pelo Programa e existem instâncias avaliativas do trabalho desenvolvido pelos profissionais em nível institucional e na sociedade.

Entretanto, entre os profissionais existe uma certa *autonomia* na medida que as decisões são tomadas em equipe, sem o comando direto de uma autoridade e executadas de maneira a assegurar o desempenho no exercício profissional com mais independência.

A nova configuração do trabalho, numa perspectiva multiprofissional, tem conseguido quebrar, em parte, as resistências predominantes nas velhas formas de organização do trabalho, ao buscar superar a fragmentação existente no processo de trabalho das categorias profissionais envolvidas no Programa.

Os enfermeiros, com uma formação historicamente direcionada para uma estrutura tradicionalmente hierarquizada e de relações verticalizadas, vêm, paulatinamente, transformando sua visão ao encararem a proposta do PSF como um modelo de proposição de um poder partilhado. Mesmo percebendo os limites políticos e institucionais para viabilizar parte de suas ações, vêm neste Programa não só um espaço de recriação do trabalho em saúde, mas, sobretudo, um espaço e uma forma de se estabelecer o seu "lugar" profissional até então difuso pela atomização das inserções e das atribuições. Este sentimento de "localização" (como símbolo de pertencimento) não o situa apenas no espaço de trabalho, mas é este que "inscreve" enquanto pessoa pertencente de fato àquele "território" profissional, e não outro, e tem como desdobramento o reconhecimento social disto.

Bibliografia

- AGUDELO, Maria Consuelo Castrillon. 1995. El Trabajo en Enfermería. In: Machado, Maria Helena (org.), *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. 1992. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec.
- ELLIOTT, Philip. 1975. *Sociologia de las Profesiones*. Madri: Tecnos.

- FABBRO, Márcia Regina Cangiani. 1996. O Processo de Formação de Identidade da Enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar. Campinas - SP: (dissertação de mestrado).
- FAVERET, Paulo; OLIVEIRA, P. J. 1990. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. In, *DADOS - Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: v.33, n. 2, p. 257-283.
- HALL, Richard H. 1968. Professionalization and Bureaucratization. In, *American Sociological Review*. v. 33, n.1, p.92-104, February.
- LARSON, Magali S. 1977. *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- MACKAY, Lesley. 1998. Nursing: will the Idea of Vocacion Survive?. In, ABBOTT, Pamela & MEERABEAUL. *The Sociology of the Caring Professions*. Londres: UCL, Press, p. 54-72.
- MERHY, E. Elias. 1977. A Avaliação da Qualidade e a Gestão Descentralizada em uma Rede Básica de Saúde: a Secretaria Municipal de Piracicaba. In, CECÍLIO, Luiz C. de O. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- MOORE, W. E. 1970. *Professions: Roles and Rules*. New York: Russel Sage Foundation.

RESUMO

Prática Profissional e Construção da Identidade do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família

Este trabalho tem como objetivo estudar a identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) em alguns municípios paraibanos. Para conhecer o processo de construção desta identidade, foram eleitas, com base na Sociologia das Profissões, as categorias *vocação, orientação para o serviço e autonomia*. O trabalho parte da suposição de que o PSF, ao propor uma maior integração dos profissionais nas equipes de saúde, permite ao enfermeiro maior controle sobre o seu objeto de trabalho, possibilitando-os delinear com maior clareza sua identidade profissional.

Palavras-chave: Enfermeiro, Identidade profissional, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Professional Practice and the Construction of the Nurses Identity in the Family Health Programme.

This work aims to study the nursing identity in the Family Health Program (Programa de Saúde da Família, PSF) in some municipal districts of Paraíba, Brazil. To explain the process of identity construction the categories *vocation, service orientation and autonomy* were selected from the literature on the Sociology of the Professions. This work started from the supposition that PSF, by proposing greater integration of the professions with health crews, allows the nurse greater control of their work object, facilitating the delineation of their professional identity.

Keywords: Nurse, Professional Identity, Family Health Programme.