

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO
OPÇÃO: FILOSOFIA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

A PRÁTICA DE CUIDADOS EM
COMUNIDADES RURAIS E O PREPARO
DA ENFERMEIRA

MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem – Área: Filosofia em Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: DRa. ROSITA SAUPE

FLORIANÓPOLIS, SC
NOVEMBRO DE 2000

Ficha Catalográfica

B927

Budó, Maria de Lourdes Denardin

A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira. Florianópolis: UFSC, 2000.
190 p.

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem – UFSC, 2000.

1. Enfermeiros – Formação. 2. Enfermagem – Cuidados.
3. Comunidades rurais – Saúde. I. Título.

CDD-610.73

610.7309

Ficha catalográfica elaborada por
Maria da Luz Hack Machado, CRB 14/129
Biblioteca do IELUSC

índices para catálogo sistemático:

1. Formação de enfermeiros 610.73069
2. Cuidados de enfermagem 610.73
3. Saúde em comunidades rurais 610.73
4. Trabalho de enfermeiros 610.73069

**A PRÁTICA DE CUIDADOS EM
COMUNIDADES RURAIS E O PREPARO
DA ENFERMEIRA**

MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

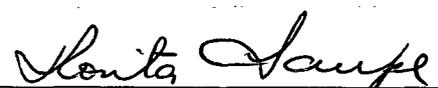
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua forma final em 10 de novembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado em Enfermagem, Área de Concentração em Filosofia em Saúde e Enfermagem.

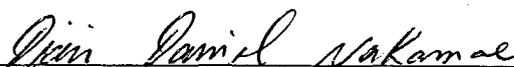


Dr^a. Denise Elvira Pires de Pires - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:



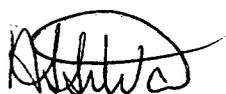
Dr^a. Rosita Saupe - Orientadora / Presidente



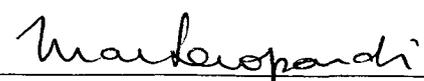
Dr^a. Djair Daniel Nakamae - Membro



Dr. Joaquim Anécio Almeida- Membro



Dr^a. Alcione Leite da Silva- Membro



Dr^a. Maria Tereza Leopardi- Membro

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha gratidão a todas as pessoas que de alguma forma estiveram comigo e contribuíram nesta etapa da realização deste Curso. Este é um momento importante, mas também difícil, pois nada somos sem a ajuda do outro, mas ao mesmo tempo, torna-se impossível nomear a todas. Frente a esta dificuldade, agradeço, em especial:

A todas as **forças da natureza**, nas diferentes dimensões, que me forneceram a energia necessária para criar, aplicar e concluir esta pesquisa.

Aos meus queridos pais **Luiz e Maria**, por todo o carinho com que até hoje me cuidam e protegem.

Aos meus **irmãos e irmãs**, com suas famílias, pela cumplicidade.

Ao **José**, meu companheiro de todas as horas, cujo amor sustentou-me e protegeu-me, especialmente nas dificuldades.

Aos meus filhos **Marília e Lourenço**, pelo carinho e compreensão. Isto forneceu-me a energia para persistir.

Ao amigo e grande colaborador, **Carlos Renan Denardin Dotto**, pela ajuda competente e incondicional presença na finalização deste trabalho.

Às amigas **Carmem Lúcia Colomé Beck e Rosa Maria Bracini Gonzales** que estiveram mais próximas, contribuindo no meu crescimento.

Aos **meus colegas e professores** do Curso de Doutorado em Filosofia de Enfermagem.

Às minhas colegas e amigas do Departamento de Enfermagem da UFSM.

À Direção do Curso de Enfermagem, do IELUSC, na pessoa de sua diretora, Lenir Corso Krutul e demais colegas.

À Direção do IELUSC, pelo estímulo.

Aos meus alunos de todas as fases de minha vida profissional, em especial aos do Curso de Enfermagem do IELUSC que me possibilitaram a troca do aprender/ensinando e ensinar/aprendendo.

À minha orientadora **Rosita Saupe**, que acompanhou esta jornada desde os primeiros passos, contribuindo fundamentalmente para sua elaboração. Por acreditar no meu trabalho, pelo estímulo constante e, especialmente, por respeitar as minhas limitações e o meu momento, o meu reconhecimento.

Aos **componentes da banca**, pela disponibilidade e contribuições para o meu crescimento.

Aos **terapeutas** que me assistiram nas dificuldades e que me ajudaram a chegar até este momento.

Às **colegas enfermeiras** da Quarta Colônia de Imigração Italiana que gentilmente me acolheram em suas cidades e em seus locais de trabalho, colaborando de forma marcante e imprescindível para a realização desta tese.

À todas as pessoas de alguma forma fizeram-se presença nesta fase de minha vida.

**“Gracias a la vida
que me ha dado tanto...”**

Violeta Parra

RESUMO**A PRÁTICA DE CUIDADOS EM COMUNIDADES RURAIS E O
PREPARO DA ENFERMEIRA****Autora: Maria de Lourdes Denardin Budó****Orientadora: Prof^a Dr^a Rosita Saupe**

Este estudo teve como objetivos identificar as práticas de cuidados desenvolvidas pelas enfermeiras que trabalham com a população dos municípios da 4ª Colônia de Imigração Italiana do Rio Grande do Sul (RS) e identificar o preparo recebido pelas enfermeiras, para o cuidado da população rural. Foi realizado com nove enfermeiras que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde de sete municípios que constituem a Quarta Colônia de Imigração Italiana do Rio Grande do Sul. Para fundamentar o estudo foram trabalhados três conceitos centrais, Comunidade Rural, Cuidado de Enfermagem e Preparo da Enfermeira. Considerando-se a proposta de pesquisa, seus objetivos e questões, foram utilizadas, para a coleta de dados a análise documental, a observação participante e a entrevista, através de uma triangulação, visando a convergência dos dados. Neste estudo, foram utilizadas algumas categorias de análise das atividades da enfermeira que atua nos postos de saúde da região, já pré-estabelecidas, de acordo com os conceitos básicos da pesquisa. A primeira questão de pesquisa foi: como é a prática de cuidados desenvolvida pelas enfermeiras nos municípios da 4ª Colônia de Imigração Italiana do RS, partindo do pressuposto de que deve haver complementaridade entre o saber profissional e o saber popular? As práticas de cuidado foram classificadas nas categorias, cuidando do ser humano, cuidando do cuidado, cuidando do trabalho, cuidando da equipe e cuidando de si. A segunda questão, a enfermeira está preparada para desenvolver o cuidado que as pessoas precisam numa comunidade rural?, foi respondida através das categorias preparo formal e preparo informal. Foi constatado que o preparo formal recebido na graduação oportunizou um aprendizado genérico, para trabalhar com as pessoas, mas não foi contextualizado o modo de vida destas populações. O preparo informal, realizado através da educação continuada, em algumas situações, trouxe uma maior contextualização do ser humano rural. A tese defendida é de que, para se desenvolver o cuidado que as pessoas precisam na comunidade rural, deve haver uma complementaridade entre o saber profissional e o saber popular, todavia, o

cuidado desenvolvido pelas enfermeiras é congruente com a formação genérica, não favorecendo um cuidado cultural, que foi confirmada, através dos depoimentos das enfermeiras, quando referem uma formação desarticulada entre os conteúdos teóricos e práticos e das áreas básica e profissionalizante e que não favorecem um aprendizado para trabalhar com as especificidades culturais. Com base nestes dados, são elaboradas algumas sugestões aos cursos de enfermagem, que se inserem na região de abrangência de comunidades rurais. Estas sugestões dizem respeito ao preparo na graduação, ao apoio institucional aos egressos dos cursos e aos órgãos governamentais empregadores das enfermeiras que atuam no SUS.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Autora: Maria de Lourdes Denardin Budó

Orientadora: Profª Drª Rosita Saupe

Título: **A PRÁTICA DE CUIDADOS EM COMUNIDADES RURAIS
O PREPARO DA ENFERMEIRA**

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem

Florianópolis, SC, 10/11/2000

ABSTRACT**THE PRACTICE OF CARE IN RURAL COMMUNITIES AND THE EDUCATION OF THE NURSES****Author: Maria de Lourdes Denardin Budó****Adviser: Prof^a Dr^a Rosita Saupe**

This study has had as its objectives to identify the practice of care developed by the nurses who work with the population of the counties of the 4th. Region of Italian Immigration of the State of Rio Grande do Sul (RS); to identify the education of the nurses for the care of the rural population. It was done with nine nurses that work in the Basic Health Units of the seven towns which constitute the 4th. Region of Italian Immigration of the State of Rio Grande do Sul. To support this study, three central concepts were discussed: Rural Community, Nurse Care and Nurse Education. Considering the research objectives, it was utilized the documental analysis, the participative observation and the interview, using a triangulation, with the purpose of data convergence. In this study, it were utilized some categories of analysis of nurses activities who work in the health units of the region, already pre-established according to the basic concepts of the research. The first question of the research was: how do you evaluate the care practice developed by the nurses in the counties of the 4th. Region of Italian Immigration of the State of RS, considering that there must be a relationship between the professional knowledge and the popular knowledge? The care practices were classified in the categories: taking care of human being, taking care of the care, taking care of the staff and taking care of oneself. The second question was: is the nurse prepared to develop the type of care needed in a rural community? The answer was given through the categories formal education and informal education. It was observed that the formal education, received in the undergraduate course, has provided a general knowledge directed to work with the population, but there was no contextualization in relation to the way of life of these people. The informal education, received through continuing education, in some situations, has brought a better contextualization of the rural human being. The thesis that is here presented is that to develop the health care that people need in the rural community, there must be a complementarity between the professional

knowledge and the popular knowledge; however, the health care that the nurses receive is generic, thus it does not favor a cultural care; this was confirmed through the interviews with the nurses, when they complain of a lack of articulation between the theoretical and practical courses content, between the basic and the professional areas which do not favor the learning for the work with cultural specific aspects. Taking into account the data, some suggestions to the nursing courses, situated in the rural community, are given. These suggestions have to do with the undergraduate education, with the institutional support to the already graduated and with the governmental organizations which employ the nurses who work with the SUS [National Health Care System].

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
HEALTH SCIENCES CENTER/NURSING DEPARTMENT
GRADUATE COURSE IN NURSING**

Author: Maria de Lourdes Denardin Budó

Adviser: Prof^a Dr^a Rosita Saupe

**Title: THE PRACTICE OF CARE IN RURAL COMMUNITIES AND THE
EDUCATION OF THE NURSES**

Ph.D. Thesis in Nursing Philosophy.

Florianópolis, SC, 10/11/2000

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE QUADROS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xiv
LISTA DE ANEXOS.....	xv
1.-.APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	1
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 - ESPAÇOS SOCIAIS DIFERENCIADOS - RURAL E URBANO	7
2.2 - CUIDADO NA ENFERMAGEM	12
2.2.1 - Cuidado - essência para o crescimento.....	13
2.2.2 - Das práticas populares ao cuidado na enfermagem.....	17
2.2.3 - O desenvolvimento de uma nova visão do cuidado	22
2.2.4 - A integração das práticas de cuidado - uma postura possível na prática das enfermeiras.....	30
2.3 - PREPARO DA ENFERMEIRA	34
2.3.1 - Os currículos oficiais da enfermagem e o preparo da enfermeira para trabalhar em comunidades rurais.....	39
3 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	43
3.1 - UNIVERSO DA PESQUISA.....	43
3.2 - COLETA DOS DADOS	45
3.2.1 - Análise documental	45
3.2.2 - Observação participante	46

3.2.3 - Entrevista.....	48
3.3 - ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	50
3.3.1 - Categorias para análise dos dados.....	50
3.3.2 - Análise dos dados.....	51
4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
4.1 - COMUNIDADE RURAL	56
4.1.1 - Aspectos histórico-geográficos.....	57
4.1.2 - O contexto do estudo	61
4.2 - CUIDADO NA ENFERMAGEM	74
4.2.1 - Caracterização das enfermeiras.....	74
4.2.2 - Categorização do cuidado	98
4.3 - PREPARO DA ENFERMEIRA	131
4.3.1 - Preparo formal	131
4.3.2 - Preparo informal.....	141
5 - INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS COM AS QUESTÕES, A TESE E OS OBJETIVOS DA PESQUISA.....	146
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS	166

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das enfermeiras de Saúde Pública nos municípios que compõem a 4ª Colônia de Imigração Italiana do RS	44
TABELA 2 - População urbana e rural dos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS	61
TABELA 3 - Percentual da população ocupada nos setores, nos municípios da Quarta Colônia de imigração italiana do RS	62
TABELA 4 - Número de profissionais de saúde contratados pela rede pública municipal da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS	70

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Relações entre os conceitos básicos, os métodos de coleta de dados e as categorias de análise de dados.....	53
QUADRO 2 - Principais problemas dos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS, evidenciados nos planos municipais de saúde.....	65
QUADRO 3 - Causas de mortalidade geral, morbidade hospitalar e ambulatorial por município da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS...	71
QUADRO 4 - Doenças de notificação compulsória e zoonoses e vetores nos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Integração dos conceitos do referencial teórico	42
FIGURA 2 - Integração entre os conceitos e métodos de coleta de dados.....	54

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Autorização para realização de entrevistas e observações do trabalho da enfermeira	167
ANEXO II - Roteiro para análise documental.....	168
ANEXO III - Diário de campo	169
ANEXO IV - Entrevista(s) com a enfermeira.....	170
ANEXO V - Relação das ações das enfermeiras observadas no período de coleta de dados	171

1 - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

No transcorrer do percurso profissional, estive sempre envolvida com a questão do ensino, sendo os últimos anos dedicados especialmente ao estudo do aprender e ensinar o cuidado de enfermagem. Isto propiciou algumas reflexões acerca da forma com que metodologicamente trabalhávamos, como enfermeiras, a prática do cuidado com as pessoas. Sentia necessidade de desenvolver novos estudos e queria, particularmente, abrir caminhos que me oportunizassem ampliar o meu saber e me iniciar na produção de conhecimentos, através de pesquisas. Tive algumas experiências neste sentido, mas o que realmente me proporcionou um maior crescimento nesta área foi a realização do Mestrado em Extensão Rural, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Neste curso, que era multiprofissional, participei de discussões sobre as questões do meio rural, que me permitiram uma visão mais abrangente desta área, a qual não é muito focalizada em estudos nas diferentes profissões da saúde. No momento de elaborar a dissertação de mestrado, busquei referenciais na área da saúde e correlatas, que possibilitassem uma forma de abordagem do modo de vida das pessoas do meio rural, a fim de entender as práticas de cuidado desenvolvidas por estas pessoas.

No momento em que passei a elaborar a tese de doutorado, a temática que me propus estudar originou-se das indagações deste percurso profissional e, em especial, da vivência na elaboração da dissertação de mestrado. Na pesquisa desenvolvida que resultou na dissertação de mestrado (Denardin Budó, 1994), convivi, através da técnica de observação participante, com famílias e grupos de descendentes de imigrantes italianos, na região da Quarta Colônia de Imigração Italiana do Rio Grande do Sul, em um dos distritos do município de Silveira Martins. Naquela ocasião, minha preocupação central era conhecer como se dava o cuidado em saúde, no cotidiano das famílias que vivem em áreas rurais.

Para olhar estas práticas de cuidado, utilizei parte do referencial teórico de Leininger (1991) e de Kleinman (1980), autores que embasam suas teorias na visão antropológica.

* Com o desenrolar das várias fases desta pesquisa, especialmente nos momentos de reflexão sobre os dados colhidos, ficou evidente que aquelas pessoas possuem um referencial de cuidado em saúde, que as orienta em todos os momentos do viver. Este referencial é um verdadeiro modelo, que foi denominado: “cuidando e sendo cuidado”. Ele surge como central, permeando o dia a dia das pessoas e famílias que vivem nesta comunidade, estando presente no trabalho e no lazer, na saúde e na doença, na casa e na lavoura. Integra todas as fases do processo de viver dos moradores, formando, em realidade, um verdadeiro modelo cultural que orienta as pessoas, auxiliando-as nos diferentes momentos de suas vidas. Este modelo envolve todos os integrantes da comunidade, uns cuidando, outros sendo cuidados e outros ainda se autocuidando. O “cuidando e sendo cuidado” é permeado por crenças e valores, resultantes da história de vida e da visão de mundo dos imigrantes italianos e seus descendentes.

Na concepção de vida das pessoas que fizeram parte da pesquisa ficou marcante que a família, o trabalho, a educação, a terra, a religiosidade, a alimentação e o patriarcalismo são valores bastante presentes nesta comunidade, havendo uma integração interna e equilíbrio em diferentes níveis (familiar, rede social e sistema de saúde) na busca do cuidado em saúde. Uma das questões que mais me chamou a atenção, nas suas formas de vida, foi a associação entre saúde e trabalho.

O conceito de saúde destas pessoas, e também referido em alguns outros trabalhos (Elsen, 1984; Cartana, 1988), é diferente daquele utilizado nos meios acadêmicos: está vinculado com a capacidade ou não de trabalhar, não estando necessariamente relacionado com a doença, sua ausência ou cura. Surge, então, o trabalho como uma categoria emergente e indicadora de saúde. A construção mental nesta cultura é que o trabalho é a razão de ser da existência, aparecendo nas falas como: “se não trabalho, não sirvo para nada”. O estar com saúde significa estar em condições de trabalhar. As pequenas ou grandes indisposições, o mal-estar, ou mesmo dores que não impedem a realização do trabalho, não são tidas como doenças, muito menos como sinais importantes na percepção das mesmas. O trabalho parece ser uma situação limite, tanto de saúde como de doença. Assim, trabalha-se para ter saúde, mas também fica-se doente de trabalho. Por outro lado, nota-se que há uma grande dificuldade de perceber os sinais corporais, os quais só são considerados quando são tão fortes ao

ponto de impedir a realização das atividades do cotidiano. Se, por um lado, a saúde é vista como a capacidade de trabalho, a doença passa a ter o sentido de incapacidade de trabalho.

A relação do agricultor, no processo de trabalho, parece ser mais efetiva, não havendo separação clara entre o espaço do público e o do privado. Ao mesmo tempo que o homem ou a mulher, nas diferentes faixas etárias, convive com a família, no espaço das necessidades, do lazer, do descanso, relaciona-se, também, com o seu trabalho. Ao se observar aquelas mulheres e homens trabalhando, ou em qualquer outra atividade do cotidiano, percebe-se a entrega que se dá a tudo que é realizado. Esta entrega não é dissociada, pelo contrário, é a vida em sua plenitude, vibrando em cada movimento realizado. Sente-se o prazer e a satisfação quando mostram o resultado do trabalho, representado algumas vezes pelo produto do artesanato, da indústria caseira, das plantações que se desenvolveram na época certa. Por outro lado, nota-se também a tristeza que manifestam quando falam dos resultados frustrantes, da ação da geada, do excesso de chuva ou da sua falta, da baixa do preço mínimo, que impede um maior ganho, e das políticas agrícolas, que não contemplam uma ajuda efetiva para a melhoria da economia familiar. Há todo um movimento integrado, como se o resultado percebido fizesse parte de seu próprio corpo, um corpo presente em cada situação vivida e sentida na sua integralidade.

Na busca de assistência à saúde, a família rural, ou aquela que teve sua origem neste meio, insere-se nas instituições de saúde (no sistema de saúde como um todo). Acredito, como Leininger (1991), que esta inserção nem sempre se dá propiciando uma interação efetiva entre o profissional e as pessoas. Isto parece ocorrer porque existe distanciamento entre aquilo que as pessoas conhecem e acreditam sobre saúde e doença e o universo socio-cultural e técnico-científico dos profissionais de saúde, dentre eles a enfermeira. Alguns autores, dentre eles Leininger (1991, 1995) e Monticelli (1992), têm feito uma crítica ao enfoque do trabalho na enfermagem, no qual nem sempre é reconhecido o modo de vida ou a cultura das pessoas e, desta maneira, o cuidado desenvolvido torna-se uniforme a pacientes de diferentes procedências, com valores, visões de mundo e crenças que os diferenciam. Sobre isto, Monticelli (1992, p.6) diz que “o uso de normas uniculturais em enfermagem tem sido predominante de tal forma que as atividades profissionais são desenvolvidas com o fim de ‘evitar favoritismos’ ou ‘considerações especiais’”. O tratamento das pessoas de forma semelhante limita a oportunidade para o cuidado na cultura específi-

ca e, de certa forma, desencoraja a aproximação entre a enfermagem e a cultura. Tal abordagem, com a qual comungo, parece ampliar a possibilidade de aprofundarmos a nossa ótica em busca de um cuidado de enfermagem que esteja mais aproximado do modo de ser das pessoas cuidadas. Esta tem sido uma das vertentes teóricas atuais do cuidado de enfermagem e que tem ampliado e influenciado fortemente a visão de que a enfermeira é uma profissional do cuidado e que a pessoa cuidada é a razão de ser da enfermagem. Este enfoque precisa estar presente nas diferentes fases do preparo da enfermeira, desde a graduação, momento privilegiado na formação acadêmica, na educação em serviço e demais momentos da educação formal e informal.

Além disso, acredito, como Kleinman (1980), Leininger (1991) e Briceño-Leon (1996), entre outros, que é o paciente quem deve decidir quando, como, onde e por que se cuidar e buscar ajuda, seguir ou não um tratamento de saúde. Existe, de um modo geral, dificuldade de as pessoas seguirem orientações dos profissionais de saúde, principalmente quando estas se opõem a elementos culturais relevantes para aquela determinada cultura. Desta forma, para que exista um cuidado de enfermagem adequado, há necessidade de aproximação entre as duas culturas: a popular e a profissional.

Estas idéias são alguns dos elementos que me levam a novas indagações. Nesta reflexão, entre o ir e vir, entre a realidade estudada e o referencial teórico que lhe dá sustentação, vislumbro a possibilidade de, numa dinamicidade integradora, esclarecer e buscar novas luzes, especialmente neste novo espaço de pesquisa, que é o momento de elaboração desta tese.

Assim, ao elaborar a dissertação de mestrado, a preocupação fundamental centrava-se na questão: como se dá o cuidado nas famílias de descendentes de imigrantes italianos que continuam morando no meio rural? Naquela época, por não ser o foco principal da pesquisa, não se investigou o cuidado realizado pela enfermeira local. Esta lacuna deixou muitas indagações, e a principal delas foi: como será que as enfermeiras desenvolvem o cuidado às famílias que têm um referencial popular de cuidado transmitido através dos tempos, especialmente pelas mulheres, e que vivem em municípios essencialmente rurais? Existe, na formação da enfermeira, um preparo geral para o cuidado. Será que as enfermeiras que chegaram a estes locais para trabalhar com estas famílias enfrentaram alguma dificuldade? Qual o preparo que favoreceu o cuidado especializado exigido na prática? Estes questionamentos me levam a deslocar a atenção do núcleo familiar rural para o profissional.

Trata-se, portanto, de um novo olhar para esta realidade, agora na ótica das enfermeiras que desenvolvem seu trabalho nestas comunidades rurais. Os estudos sobre o trabalho das enfermeiras têm se desenvolvido mais no âmbito do urbano, sendo que pouco tem sido produzido nas regiões onde predominam comunidades rurais. Este é um momento de privilegiar um estudo aprofundado das práticas profissionais do cuidado de enfermagem no meio rural e buscar novos enfoques para esta prática.

Assim, em trabalho anterior, busquei conhecer o cuidado na perspectiva do “ser cuidado”, da cuidadora popular, de sua família e rede social. Neste trabalho, o olhar volta-se para a perspectiva da cuidadora profissional, o “ser que cuida”, para saber como ela vê o seu trabalho, o que representa o cuidar para ela e como foi preparada para isso.

No sentido de nortear o desenvolvimento deste trabalho, a **questão de pesquisa** que busquei responder é:

Como são as práticas de cuidado desenvolvida pelas enfermeiras nos municípios da 4ª Colônia de Imigração Italiana do RS, partindo do pressuposto de haver uma complementariedade entre o saber profissional e do saber popular? A enfermeira está preparada para desenvolver o cuidado que as pessoas precisam numa comunidade rural?

Para isso defendo a tese de que:

Para se desenvolver o cuidado que as pessoas precisam na comunidade rural, deve haver uma complementariedade entre o saber profissional e o saber popular, todavia, o cuidado desenvolvido pelas enfermeiras é congruente com a formação genérica, não favorecendo um cuidado cultural.

Assim, a partir desta tese, estabeleci os objetivos a seguir relacionados:

- Identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras que trabalham com a população dos municípios da 4ª Colônia de Imigração Italiana do Rio Grande do Sul (RS);

- Identificar o preparo recebido pelas enfermeiras, para o cuidado da população rural.

A presente tese é constituída de cinco capítulos. O primeiro introduz a temática de estudo, apresentando as questões de pesquisa, a tese defendida e os objetivos do trabalho.

No segundo capítulo é apresentado o referencial teórico que dá sustentação aos achados da pesquisa, às análises e à discussão dos dados.

O terceiro capítulo focaliza a metodologia que guiou o estudo, fundamentada em diferentes autores, trazendo, em um primeiro momento, as intenções da pesquisadora para desenvolvê-lo e, em um segundo momento, a forma como o mesmo foi trabalhado.

O quarto capítulo constitui-se dos resultados obtidos na pesquisa. Foi organizado de acordo com os conceitos e categorias pré-estabelecidos e de outras que emergiram da análise dos dados. Nele os resultados são analisados tendo por base os autores que fundamentaram o estudo.

O quinto e último capítulo foi reservado para as reflexões finais sobre as questões de pesquisa, a tese e os objetivos do estudo.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o embasamento teórico para o desenvolvimento desta tese e por isso contém os conceitos fundamentais para sua sustentação. Trata-se de um percurso teórico, iniciando com elementos que permitem uma visão das relações entre os espaços rurais e urbanos e das características de municípios essencialmente rurais, que são o alvo desta pesquisa. Neste cenário, são abordadas as práticas de cuidado realizadas pelas enfermeiras que trabalham nestas comunidades enfocando o cuidado na enfermagem e, finalizando, a importância da formação da enfermeira para isto.

2.1 - ESPAÇOS SOCIAIS DIFERENCIADOS - RURAL E URBANO

A urbanização torna-se, neste século, um fenômeno que traz consigo o que Hobsbawm (1995) refere como a morte do campesinato. Para o autor, esta é a mudança social mais impressionante, de mais longo alcance, que teve maior desenlace na segunda metade deste século e nos separa, para sempre, do mundo do passado. As mudanças rápidas acontecidas no presente século levaram-no a denominá-lo de “o breve século XX” que é descrito no livro “A era dos extremos”, onde as mudanças aceleradas ocorreram nos “anos que vão da eclosão da Primeira Guerra Mundial ao colapso da URSS” (p. 15). A maioria dos seres humanos, desde a era neolítica, vivia da terra e de seu gado, ou recorria ao mar para a pesca, até períodos bem avançados do presente século. Para avaliar este fato, basta mencionar que, em nível mundial, “no início do século XIX, a população urbana não ultrapassava os 4%, e havia uma cidade com mais de um milhão de habitantes” (Rossato, 1996, p. 17). Com o passar do tempo, há uma alteração histórica da humanidade, de repercussão fundamental, que se caracteriza especialmente pelo deslocamento da ocupação humana da

agricultura para a industrialização, com os avanços tecnológicos e as suas revoluções que caracterizaram os últimos decênios.

Em nível mundial, a urbanização ocorreu entre os séculos XIX e XX, prolongando-se por mais de um século e meio na Europa e América do Norte. No Brasil, este fenômeno deu-se nas últimas décadas, durando aproximadamente cinquenta anos. Isto se torna evidente quando se constata que a população rural caiu de 65%, em 1950, para 26%, em 1991. Fazendo análise desta situação, Rossato (1996, p. 33) declara que “a rapidez deste processo trouxe consigo severas conseqüências de ordem sócio-econômica, para o que não se vislumbram soluções num horizonte próximo”. No Brasil, portanto, tanto a urbanização como a industrialização caracterizam-se como tardias, uma vez que estes fenômenos estão intimamente associados.

Para Camarano e Abramovay (1997), desde 1950, a cada dez anos, um em cada três brasileiros, vivendo no meio rural, opta pela emigração. Esta tendência se mantém nos anos noventa e, se as taxas de evasão persistirem, quase 30% dos brasileiros que então viviam no campo, em 1990, terão mudado seu local de residência na virada do milênio. O movimento migratório do Rio Grande do Sul cresce, especialmente na década de setenta, em busca de novas fronteiras agrícolas nas regiões centro-oeste, norte e outros estados da região sul, ou para os centros urbanos do estado. Apesar destas constatações, alguns estudiosos da agricultura brasileira têm acreditado que o êxodo rural arrefeceu nos últimos anos, sugerindo inclusive uma volta ao campo.

Todas estas inquietações, que fazem parte das discussões sobre os caminhos do final do século, somadas às preocupações crescentes sobre o meio ambiente, levam a uma nova discussão do papel da agricultura no desenvolvimento, à busca de soluções para as crises sociais, especialmente associadas ao emprego e às transformações da agricultura, recolocando a questão rural no contexto das sociedades modernas. Para Wanderley (1997, p. 1),

fala-se de um renascimento rural, da necessidade de formulação de uma teoria da localidade (não apenas rural, diga-se de passagem) e de novas relações entre o campo e a cidade. Estes, longe de constituírem pólos opostos, guardam especificidades, que não se anulam e que se expressam social, política e culturalmente[...] A rápida transferência de grandes contingentes populacionais do campo para as cidades também justifica, no Brasil, a necessidade de se privilegiar o espaço urbano, agora centro

aglutinador da maioria da população. Porém, aqui, muitos estudiosos se desinteressaram pelo "rural", como se ele tivesse perdido toda consistência histórica e social, como se o fim do "rural" fosse um resultado normal, previsível e mesmo desejável da modernização da sociedade. No Brasil, freqüentemente, o rural se confunde com o atrasado e deixa de existir sob a influência do progresso vindo da cidade.

Neste momento de tantas inquietações e crises do modelo de sociedade atual, no qual a violência associada ao desemprego trazem ao cenário dos debates sociológicos a questão do desenvolvimento rural, é fundamental, para podermos analisar as relações urbano/rural, que se tenha claro o que, no Brasil, é considerado urbano. Neste sentido, Rossato (1996) esclarece que a população urbana compreende aquela residente na sede do município e na sede dos distritos. Isto amplia em muito o conceito de urbano, considerado em países como França e Itália que, para aceitarem uma população como sendo urbana, estabelecem a exigência de "um número mínimo de habitantes e de condições de infra-estrutura, tais como correios, telefone, rede de esgotos" (p. 43). Isto é esclarecedor para que se entenda o quanto é artificial o conceito de urbano utilizado em nossas estatísticas. Os conceitos adotados pela legislação brasileira, ao esvaziarem artificialmente o mundo rural, desqualificaram-no, enquanto prioridade, para as políticas públicas. Para Wanderley (1997), do ponto de vista sociológico, existem duas características fundamentais do meio rural, uma relação específica dos habitantes do campo com a natureza, sendo, neste sentido, um espaço predominantemente não construído pelo homem, de onde resultam práticas e representações particulares a respeito do espaço, do tempo, do trabalho, da família, entre outros. A outra característica constitui-se nas relações sociais também diferenciadas, resultantes da dimensão e da complexidade restritas das coletividades rurais. No Brasil, não existem municípios rurais, isto é, espaços e comunidades propriamente rurais e que sejam detentoras do poder municipal. Isto significa que atribuir a um agrupamento o poder municipal prevê-se, naturalmente, a sua condição de cidade. O rural, neste caso, está sempre referido à cidade, como sua periferia espacial precária, dela dependendo política, econômica e socialmente. Assim, a vida de uma população rural está dependente direta e intensamente do núcleo urbano, para o atendimento de suas necessidades sociais e econômicas. Neste caso, o meio rural consiste no espaço da precariedade social.

A legislação brasileira parece valorizar o município em seu conjunto, levando em conta dois critérios em especial. De um lado, é atribuída a condição de urbana a toda a sede

municipal e distrital, bem como à sua população, independente de suas dimensões e, de outro, é urbano quem habita estas sedes, independentemente das funções desempenhadas e das características dos mesmos. Assim, um agricultor brasileiro, que habita a sede do município ou do distrito, é considerado um legítimo urbano (Wanderley, 1997).

A questão da relação urbano/rural extrapola, em nossos dias, à caracterização do Brasil como um país predominante urbano. Estão presentes, também, as discussões de grandes problemas como o da distribuição de terras, as lutas crescentes pela sua posse e as situações difíceis por que tem passado a população rural como um todo. Especialmente atingidos por uma falta de clareza na política agrícola, estão os pequenos e médios agricultores, o que tem influenciado sobremaneira a sua expulsão do campo.

No presente estudo, não se pretende entrar neste tipo de discussão, mas contextualizar a parcela da população rural que pretendemos trabalhar. Trata-se de uma região de propriedades rurais familiares, cujos donos são os próprios trabalhadores que delas retiram o seu sustento e o de sua família. Alguns autores têm se referido a este grupo como pertencente à agricultura familiar. Para Lamarche (1993, p. 15), “a exploração familiar corresponde a uma unidade de produção agrícola onde propriedade e trabalho estão intimamente ligados à família”. Nesta mesma linha, a conceituação de Abramovay (2000, p. 1) diz que: “a agricultura familiar é aquela onde a propriedade, a gestão e a maior parte do trabalho vêm de pessoas que mantêm entre si vínculos de sangue ou de casamento”. Justificando esta conceituação, o autor explica que existem dois aspectos importantes nesta definição. O primeiro evita que se faça um julgamento prévio no sentido de associar o caráter familiar da unidade produtiva ao seu desempenho, pois, durante muitos anos, havia a associação entre agricultura familiar e pequena produção, produção de baixa renda ou até produção de subsistência. Neste sentido, a agricultura familiar existe em ambientes sociais e econômicos diversificados. Um segundo aspecto refere-se ao fato de que “o caráter familiar da produção repercute-se não só na maneira como é organizado o processo de trabalho, mas nos processos de transferência hereditária e sucessão profissional” (p. 1). Isto se torna importante quando se evidencia que a grande maioria dos agricultores, na atualidade, dá continuidade à atividade paterna, o que não é evidenciado em nenhuma outra profissão. Continuando a argumentação sobre a concepção de agricultura familiar, Abramovay (2000) destaca dois aspectos que este tema provoca nos dias atuais, no Brasil: de forma

diferente de outras atividades econômicas, na agricultura as unidades cujas dimensões estão ao alcance da capacidade de trabalho de uma família podem ser competitivas em relação àquelas que se apoiam, total ou parcialmente, no trabalho assalariado. Isto não seria possível na maioria dos setores industriais. Para o autor, esta é a idéia de fundo que dá sustentação às reivindicações por uma reforma agrária. Outro aspecto apresentado pelo autor diz respeito ao fato de que os agricultores familiares, especialmente do Sul do Brasil, têm apresentado capacidade de organização que responde em grande parte pela existência de políticas públicas inovadoras nesta área. Esta capacidade organizativa pode ser demonstrada pelo caso do PRONAF (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar), no qual,

o mais importante é o quadro de mudanças institucionais a que ele vem dando lugar, por meio das comissões municipais de desenvolvimento rural, das novas cooperativas de crédito e da ampliação impressionante da quantidade de agricultores com acesso ao sistema bancário. Independentemente do juízo que se faça destas políticas do governo, o importante é que _ sobretudo por meio do Movimento Sindical de Trabalhadores Rurais _ a agricultura familiar hoje é uma força política da maior importância no País e responde por aquilo que durante tanto tempo foi tomado como uma espécie de contradição nos termos: a construção de uma sociedade civil no meio rural (Abramovay, 2000, p. 1).

A relevância da agricultura familiar, na atualidade, traz repercussões nas áreas política, econômica, social e cultural, uma vez que, no momento em que são desenvolvidos esforços em relação à política agrícola, há o incremento da qualidade de vida das pessoas que fazem parte deste setor, podendo trazer soluções fundamentais para a questão do êxodo rural e da minimização dos cinturões de pobreza das grandes cidades, nas chamadas periferias urbanas. Para isto, é necessária a ampliação das oportunidades de geração de renda no meio rural, mas também é fundamental que a melhoria das condições de vida dos agricultores familiares, dos assalariados agrícolas e demais ocupações rurais sejam estabelecidas. Veiga (1997) aponta como alternativas para um desenvolvimento rural redutor da pobreza o surgimento de associações de municípios para a elaboração de planos de desenvolvimento microrregionais, com a participação de associações, cooperativas, escolas, pequenas agroindústrias e outras entidades formais e informais, podendo dar origem ou garantia para a execução dos programas governamentais. As regiões que conseguem desenvolver-se da

melhor maneira são aquelas que possuem condições de organizar os fatores endógenos, fazendo com que se direcionem para o *“fortalecimento da organização social, para o aumento da autonomia local na tomada de decisões, para o aumento da capacidade de reter e reinvestir capitais, para o aumento da inclusão social e para o aumento da capacidade de regenerar e conservar o meio ambiente”* (Veiga, 1997, p. 6).

Certamente todas estas condições constituem fatores para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que fazem parte destas comunidades e estão intimamente relacionadas com as condições de trabalho adequadas, acesso e qualidade no sistema de saúde, educação e demais setores que contribuem para o estabelecimento de uma vida mais integrada através do acesso aos principais elementos da cidadania. Fazendo parte dos setores que contribuem para o estabelecimento destas condições está o Sistema de Saúde, no qual se encontra o trabalho dos profissionais de saúde, dentre os quais estão as enfermeiras, que podem contribuir com sua parcela, através do cuidado adequado. O cuidado profissional passa a ser algo integrado e integrador, na medida que busca aproximação com aquele desenvolvido pelas pessoas no seu cotidiano. A enfermagem, enquanto profissão do cuidado humano, tem desenvolvido estudos na tentativa de esclarecer este tema que tem sido o centro de atenção de várias disciplinas. No próximo item trazemos algumas reflexões a respeito deste assunto.

2.2 - CUIDADO NA ENFERMAGEM

O tema cuidado e cuidar tem sido o foco de trabalhos em muitas áreas do conhecimento, especialmente na filosofia, psicologia, pedagogia e enfermagem. Muitas indagações estão ainda por ser respondidas a respeito dos sentidos que estes vocábulos apresentam. Na enfermagem, existe uma preocupação crescente para desvendar os significados do trabalho da enfermeira, sua natureza, essência e foco central, e isso tem proporcionado uma ampla discussão, fértil de idéias, cuja abrangência não nos propomos atingir neste trabalho. No contexto deste debate, surge o cuidado como uma das alternativas para esclarecer, fundamentar e expressar o trabalho da enfermeira.

Este aprofundamento no tema cuidado constituiu-se numa tarefa muito mais complexa do que parecia em seu princípio, pois a diversidade de enfoques e propostas que

questionam e inovam, nesta área, é muito abrangente. Por motivos evidentes, pretendo, neste capítulo, fazer um recorte do assunto, que traga elucidações para a tese que defendo. Em um primeiro momento, trago a contribuição de Mayeroff, um dos filósofos que têm tratado do cuidado enfocando-o como fundamento para a vida do ser humano, no sentido de seu desenvolvimento e como razão de ser da condição humana.

Na seqüência, são abordadas as práticas de cuidado a partir de suas origens no cuidado popular e sua formação como saber na enfermagem. A seguir, é apresentada a visão atual do cuidado, trazida por alguns autores da área, tanto em nível internacional como nacional, e que contempla uma nova abordagem do tema.

Para finalizar, é enfocada a necessidade de integração dos cuidados profissionais e populares, a fim de que as profissionais do cuidado, as enfermeiras, possam oferecer um cuidado mais aproximado daquele desenvolvido pelas pessoas no seu viver diário.

2.2.1 - Cuidado - essência para o crescimento

O cuidado na enfermagem representa hoje o que Collière (1989) refere como sendo uma ramificação muito recente de uma evolução milenária dos cuidados. Tudo começou com a própria vida. Para mantê-la foram necessários cuidados desenvolvidos entre os diferentes seres vivos, desde os mais simples até a espécie humana. Neste trilhar histórico sucederam-se cuidados instintivos, automáticos, intuitivos, reflexivos e elaborados, que se tornaram complexos na medida da necessidade. Assim o cuidado passa a ser a garantia direta da continuidade da vida. As espécies, dentre elas a humana, sobrevivem porque se cuidam e cuidam dos seus. Este cuidado estende-se sobre a natureza, o ambiente onde os seres vivos se inserem. Se não desenvolvermos cuidados adequados em relação à natureza e à espécie humana, ela mesma, como as demais, estará extinta com o passar dos anos. É, sem exagero, em função do cuidado que tudo vive, se reproduz, se mantém, se relaciona e se transforma. Mas o que vem a ser este cuidado a que nos referimos? O que significa cuidar?

Um dos filósofos que têm contribuído para o esclarecimento sobre o que se constitui o cuidado é Milton Mayeroff. Em sua obra, Mayeroff (1971) desenvolve uma discussão sobre o significado e importância do mesmo para as pessoas. Cuidar de uma pessoa no

sentido mais significativo é “ajudá-la a crescer e a se realizar”(p. 24). Sendo que neste processo de cuidado, além de desenvolvê-lo com as pessoas, podemos fazê-lo com uma idéia filosófica ou artística, de um ideal ou de uma comunidade. Para ele, embora hajam diferenças importantes entre cuidar de uma pessoa ou de uma idéia, existe um padrão comum de ajudar o outro a crescer. O cuidado pode ser dos pais em relação aos filhos, do professor com o aluno, do psicoterapeuta que cuida de seu paciente ou do marido que cuida de sua mulher. Em seu trabalho, o autor aborda o que é o cuidado e como ele pode dar significado abrangente e ordenação à vida das pessoas. Para isso, ele interrelaciona esses dois conceitos, o “cuidado” e o “ter o seu lugar”, que podem proporcionar importantes meios para pensarmos sobre a vida humana.

Como padrão básico para fundamentar o seu trabalho, coloca que “o cuidado ajuda o outro a crescer”, considerando o objeto de cuidado como tendo seu valor próprio e, com isso, qualquer orientação que é dada ao outro é dirigida pelo respeito que temos por sua integridade. O cuidado exige dedicação, sendo que através dela é que ele adquire substância e caráter específico, desenvolvendo-se no processo de superação de obstáculos e dificuldades. Para o autor, a dedicação é tão fundamental que, ao deixar de existir, o cuidado também acaba. Do cuidar originam-se também obrigações que são a convergência do que eu sinto que devo fazer com o que eu quero fazer, não significando imposição nem sacrifício, mas fazendo parte do cuidado por mim desenvolvido. O valor apresentado pelo envolvimento do cuidado no nosso dia a dia é fundamental para o autor, “ajudar outra pessoa a crescer é pelo menos ajudá-la a cuidar de alguma coisa ou de alguém além de si mesma” (p. 30). Isto implica em encorajá-la e ajudá-la a descobrir e criar áreas próprias das quais ela seja capaz de cuidar. Cuidar é também ajudar a outra pessoa a chegar a cuidar de si mesma, através do reconhecimento da sua própria necessidade de cuidar, a tornar-se responsável por sua própria vida.

Como principais componentes do cuidado, o autor relaciona o conhecimento, a utilização de ritmos alternados, a paciência, a sinceridade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem. Caracterizando cada um destes componentes, ele aborda, por exemplo, a importância do conhecimento de quem é o outro, quais seus poderes e limitações, quais as suas necessidades, e o que conduz o seu crescimento, estando alerta para saber como responder às suas necessidades e quais são seus próprios poderes e limitações. Os ritmos alternados estão relacionados com a forma maleável com que realizo o cuidado, ora agindo

mais diretamente em relação à pessoa ou idéia cuidada, ora afastando-me para permitir sua reação. Isto pode estar ligado também com os avanços e recuos em ritmos de estruturas mais restritas ou amplas. Ao caracterizar a paciência o autor destaca a importância de permitir que o outro por mim cuidado cresça no seu ritmo, no seu tempo e à sua maneira, e isto exige de quem cuida paciência em esperar o ritmo próprio do crescimento do outro. Isto não significa passividade, pelo contrário, existe uma participação ativa na qual há uma entrega, onde o indivíduo paciente amplia o espaço vital do outro, oferecendo-lhe espaço para viver. A sinceridade, por sua vez, implica em ver o outro e a mim mesmo como somos. Mesmo sendo sincera posso estar enganada e, por isso, aprendo também com meus erros. O cuidado torna-se também habilidade em confiar no crescimento do outro em seu ritmo, seu próprio tempo e à sua maneira. Esta confiança aceita também o erro como forma do outro aprender através de sua prática. Além disso, este componente do cuidado prevê que devo confiar, também, na minha capacidade de cuidar, de aprender com meus erros, confiando em meus instintos. Aquele que cuida é uma pessoa humilde quando se dispõe a aprender mais sobre si mesmo e o outro que é cuidado, ao mesmo tempo em que se dispõe a aprender com quem cuida. Humildade também é colocar-se no lugar e da forma que se é, pois pelo cuidado pode-se perceber, através de uma avaliação verdadeira das minhas limitações e meus poderes, o que não é motivo para ressentimentos nem exaltações. A esperança é apresentada como a expressão de um presente cheio de possibilidades fazendo reviver energias, não sendo uma espera passiva, de fora para dentro, mas é a esperança da realização do outro através do meu cuidado. Por fim, a coragem é o componente ligado também à confiança da possibilidade do crescimento do outro e na minha capacidade de cuidar, dando coragem de lançar-me ao desconhecido, informada pelo conhecimento das experiências passadas, estando sensível também ao presente.

Na perspectiva do autor, cuidar possibilita ter “um-lugar” no mundo, isto é, ocupo um espaço pela maneira em que me relaciono com os outros. Este lugar deve ser continuamente revigorado e ratificado, não sendo garantido como definitivo e estável, porque o que nos proporciona um lugar é a nossa resposta à necessidade de outros crescerem. Por isso, eu me realizo ao cuidar do outro e ao ajudá-lo a crescer. O escritor, o professor e os pais crescem ao cuidar de suas idéias, de seus alunos e de seus filhos. Mas isto não significa que o outro torna-se um meio para o meu crescimento, pois não tento ajudar o outro a crescer para me realizar, mas, ao contrário, na medida em que ajudo o outro a crescer é que me realizo.

Mayeroff (1971) também desenvolve, em seu trabalho, como devem ser as características do cuidado com as pessoas. Para poder cuidar de outra pessoa devo ter capacidade de entendê-la em seu mundo, como se estivesse em seu interior. “Em vez de simplesmente olhar para ela de fora, com distanciamento, como se fosse uma raridade, devo ser capaz de estar com ela em seu mundo, ‘entrar’ nesse mundo, para sentir de ‘dentro’ como é a vida para ela, o que se esforça para ser, e do que precisa para crescer” (p. 57). Para isso, é necessário que também me conheça, pois, só posso compreender em outra pessoa aquilo que entendo em mim mesma. No cuidado de outra pessoa está implícito necessariamente ser a favor dela, tratando-a como um igual, isto significa que não a trato com superioridade, nem a enalteço, colocando-a acima de mim. O meu cuidado volta-se para incentivá-la e inspirar-lhe coragem de ser ela mesma, ao mesmo tempo em que demonstro minha admiração, aproximando-me de quem cuido, vendo-a como realmente é. Portanto, para outra pessoa crescer com o meu cuidado é fundamental que confie em mim, pois só assim poderá revelar-se como é realmente, a fim de que, através do conhecimento de seu mundo, possa cuidá-la no sentido de favorecer o seu crescimento. Ao cuidar de um adulto, evito decidir por ele, ficando sempre claro que cabe a ele tomar as suas decisões. O meu trabalho será o de facilitar o acesso às informações de que necessita para deliberar sobre sua própria vida, sugerindo alternativas, mostrando as possíveis conseqüências.

Mas, também, o autor é enfático ao afirmar que “só o homem que entende e avalia o que significa crescer, que compreende e procura satisfazer suas próprias necessidades de crescimento, pode entender e apreciar devidamente o crescimento em outro” (Mayeroff, 1971, p. 63). Desta forma, o cuidar envolve também o cuidar de mim mesma, levando em consideração a necessidade de cuidar de algo ou alguém fora de mim.

Uma das principais características de uma vida orientada pelo cuidado, para Mayeroff (1971), é a autonomia, que representa seguir meu próprio caminho, vivendo o significado de minha vida. Isto não quer dizer que seja descomprometida e sem laços fortes, ao contrário, sou autônoma devido à minha dedicação aos outros. A autonomia só existe quando sou necessária aos outros, pois a liberdade do artista, por exemplo, se baseia no fato dele precisar de sua obra, de estar comprometido com sua obra, e de ser necessário à sua obra. Então, minha autonomia está vinculada à realização dos outros, embora seja responsável por minha própria vida.

Para este filósofo, enfim, o cuidado e o cuidar representam meios férteis para se pensar a condição humana, podendo com isso proporcionar uma melhor visão do que constitui a nossa própria vida. Na medida em que cuidamos, crescemos, pois na perspectiva do autor, este ato representa um processo que proporciona o desenvolvimento pessoal, tanto daquele que cuida, como da pessoa que é cuidada. Para Waldow (1998-b), as idéias de Mayeroff, utilizando o conceito de cuidado no sentido relacional, como um ideal filosófico, têm influenciado trabalhos na enfermagem inspirando, na literatura recente, muitas discussões sobre o fenômeno cuidar.

2.2.2 - Das práticas populares ao cuidado na enfermagem

O trabalho de Mayeroff (1971) sinaliza para um cuidado com características fundamentais não só de sobrevivência, mas para o crescimento e superação das dificuldades humanas em sua vivência. Na enfermagem, o cuidado vem se firmando como a sua essência na prática profissional.

Quando se aborda o tema cuidado, torna-se importante buscar em sua gênese as raízes que possibilitaram o crescimento da enfermagem como profissão, pois a história da enfermagem foi escrita junto com a história dos cuidados. Esta afirmação encontra apoio nas referências de estudiosos da história da enfermagem, dentre eles Collière (1986, 1989), que tem abordado a origem comum das práticas de cuidados populares e profissionais, que inicialmente visavam assegurar a continuidade do grupo e da espécie. O saber profissional, nos primórdios de nossa história, emergiu do conhecimento emanado da prática do cuidado familiar, especialmente desenvolvido por mulheres. Este conhecimento, aprendido com a experiência e transmitido pela tradição oral foi, ao longo do tempo, sendo apropriado pela ciência, se distanciando e se fechando como saber.

Como estudiosa do tema, Collière (1989) estabelece uma discussão sobre a origem dos cuidados. Em seu enfoque, a história do cuidado tem dois eixos, que geraram duas orientações de cuidados. Estas orientações foram denominadas, pela autora, de cuidados para a manutenção da vida e cuidados ligados à técnica e centrados na doença.

A primeira orientação desenvolveu os cuidados no sentido de assegurar a manutenção e continuidade da vida. É oriunda das práticas cotidianas, especialmente das mulheres, em

redor de tudo que dá vida, o que é fecundável e que dá a luz. “Às mulheres competem todos os cuidados que se realizam à volta de tudo o que cresce e se desenvolve, e isto até a morte: tomar conta das crianças, mas também dos doentes e dos moribundos...” (Collière, 1989, p. 33). São estas experiências, muitas vezes seculares, que se caracterizaram por cuidados alimentares, descoberta das propriedades das plantas, que fundamentaram muitos cuidados do cotidiano da evolução histórica das práticas femininas e que chegam até os nossos dias. Este primeiro eixo é fundamentado, então, pela constatação de que desde que surgiu a vida, foi necessário tomar conta dela, para que pudesse permanecer. Todos os seres vivos, dentre eles os seres humanos, precisaram de cuidados, porque cuidar é um ato de vida, que antes de mais nada permite a continuidade, o desenvolvimento e a reprodução da própria vida. Neste caso, cuidar torna-se o “tomar conta”, no sentido também da manutenção da vida do indivíduo, do grupo e da própria espécie, passando a ser, na realidade, o fundamento de todos os cuidados.

Durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a nenhum ofício ou profissão, faziam parte das atividades de qualquer um ao cuidar de si mesmo ou de outra pessoa para garantir a continuidade da sua vida e a do grupo. Garantir a sobrevivência era, e continua sendo, um fato cotidiano, consumado pelo “tomar conta”. Era necessário tomar conta das mulheres no momento do parto, cuidar das crianças, alimentá-las, isto compreendia tomar conta dos vivos e também dos mortos. Tudo isto significa tomar conta também de tudo que propicie a vida, como a energia, através do alimento, do vestuário, da habitação. É o suprimento das condições mesmas de vida. Para a autora, cuidar é “manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (Collière, 1989, p. 29). A diversificação apontada por ela diz respeito às diferentes possibilidades de respostas às necessidades vitais, através de hábitos de vida específicos de cada grupo, gerando rituais e crenças.

As práticas e modos de vida cotidianos formam-se a partir da maneira que as pessoas se relacionam com o ambiente que as cerca, daí a grande diversidade de práticas de cuidados desenvolvidas pelos diferentes agrupamentos humanos. A tudo isto Edgar Morin, citado por Collière (1989), se refere como nascendo da “*physis*”, a ciência da natureza, isto é, a orientação dos cuidados baseada em tudo que contribui para assegurar a manutenção e continuidade da vida. Esta ciência, nascida através de constantes tentativas e erros, constituiu-se em patrimônio de rituais e crenças, característicos dos diferentes agrupamentos.

Deste saber emerge a orientação “metaphysis”, “ a que nasce do discernimento do que é considerado bom ou mau” (Collière, 1989, p. 29). Para a autora esta nova orientação visa discernir as causas do bem e do mal, designando as forças benéficas e maléficas, portadoras de mal, portanto de doença e morte. Esta segunda orientação está ligada ao que Collière (1989) denominou de “fazer recuar a morte”(p. 29) ou “corrente ligada à técnica e centrada na doença” (p. 123). Esta orientação nasce à partir do momento em que as práticas de cuidados, compostas por coisas permitidas e proibidas, passaram a ser realizadas sob a forma de rituais, sendo confiadas ao “xamã”, e depois ao padre, a responsabilidade destes rituais, pois, “*o guardião das tradições*, de tudo que contribui para manter a vida, o padre tem, ao mesmo tempo, o encargo de ser o mediador entre as forças benéficas e as maléficas, quer dizer que é designado para interpretar e decidir o que é bom e o que é mau” (p. 30). Este papel de mediador entre a ordem física e a ordem além do mundo visível, a metafísica, foi sendo transformado no transcurso da história, por milhares de anos, em ritmo muito lento, para originar “os novos descritores do mal, os médicos. Com o nascimento da clínica, o médico, descendente dos padres e dos clérigos, aparece como especialista, mediador dos sinais e sintomas indicadores de um mal identificado, de que o doente é portador” (p. 30). Com o advento das tecnologias e as descobertas que abriram caminho para novas investigações das doenças, o corpo doente passa a ser o centro das atenções médicas, levando consigo a transformação profunda nas práticas de cuidados de enfermagem. Esta prática passa a ser centrada na doença e na técnica, embora o doente estivesse sempre presente no discurso das enfermeiras.

Fazendo uma revisão histórica, a autora busca, no final do século XIX, as mudanças que influenciaram de maneira decisiva na prática de cuidados de enfermagem. Neste período, a enfermeira passa a substituir as religiosas, assentando a sua prática em valores morais e religiosos, tendo a vocação de servir como elemento fundamental. Esta prática vai sofrer alterações decisivas com o advento da ampliação de conhecimentos nas áreas da física, da química e da biologia, que passam a influenciar, por sua vez, o desenvolvimento do conhecimento médico. Com as tecnologias crescentes, a medicina, cada vez mais, passa a identificar-se com o corpo doente, “corpo cuja mecânica deve ser reparada” (Collière, 1989, p. 123). Com a transformação do conteúdo do ato médico, a prática de enfermagem é também levada a modificações que determinam uma nova direção das práticas de cuidados de enfermagem. Com a ampliação das atividades médicas, algumas técnicas passaram a ser

delegadas para a enfermeira, que mantém como base de sua prática o ideal de servir. Estas novas orientações na prática médica, reduzindo o doente à sua doença, forçam uma nova orientação na organização dos cuidados de enfermagem.

Na primeira metade do século XX, a prática da enfermagem, influenciada ainda pela orientação moral e religiosa herdada, passa a integrar-se cada vez mais ao modelo biomédico crescente. Nesta perspectiva, a doença torna-se o centro das práticas e é em torno dela que são elaborados os conhecimentos necessários, havendo neste tempo a valorização da técnica. Para Collière (1989, p. 125), “os cuidados aos doentes passam a ser ‘a técnica’ e, depois, os ‘cuidados técnicos’. É a doença que os determina, os orienta”. Doença e técnica se fortalecem como o centro do saber de enfermagem desta época.

A este respeito, Almeida e Rocha (1986) também desenvolvem uma revisão histórica no saber de enfermagem, através do percurso do desenvolvimento das técnicas, fundamentação com os princípios científicos, chegando até ao saber considerado atual, o das teorias de enfermagem. Estes autores enfatizam que as técnicas de enfermagem se constituem na primeira expressão do saber de enfermagem e, neste período, evoluem para dar conta do número crescente de cuidados de enfermagem devidos ao aumento das internações e aumento das ações delegadas pelo médico, especialmente aquelas consideradas manuais.

Nesta fase, a enfermagem buscou desenvolver-se no sentido de se tornar uma ciência legítima, a partir de um padrão que poderia ser categorizado como empírico, na classificação proposta por Carper (1978). Esta autora desenvolveu estudo propondo a existência de padrões de conhecimento na enfermagem, que devem estar integrados nas ações das enfermeiras, incluindo o empírico (a ciência de enfermagem), o ético (o componente do conhecimento moral da enfermagem), o estético (a arte de enfermagem) e o conhecimento pessoal em enfermagem. Cada um dos padrões de conhecimento descritos por Carper (1978) é igualmente necessário, sendo que todos contribuem como um componente essencial para a prática de enfermagem. Para Carper (1978), o termo ciência era pouco utilizado na enfermagem até a década de cinquenta, mas a partir daí, com o desenvolvimento das pesquisas na área, houve uma ênfase crescente, e até mesmo um senso de urgência, para o desenvolvimento do conhecimento empírico da enfermagem. Este desenvolvimento foi necessário para uma disciplina emergente, em busca de sua própria afirmação como conhecimento científico no paradigma da racionalidade vigente. Surge, então, o desenvolvi-

mento de teorias que buscam explicações sistemáticas e controláveis, no paradigma vigente da ciência, no qual a enfermagem passa a se inserir. Para esta mesma autora, as pessoas são geralmente levadas a pensar que, na enfermagem, o único conhecimento válido e confiável é o empírico, que é modelar e verificável publicamente. Esta era a possibilidade de desenvolvimento possível, vislumbrado no período onde o empírico era o único conhecimento que poderia dar à enfermagem o contorno de ciência, expectativa almejada e perseguida por décadas.

Mas, a enfermagem em seus primórdios, como fala Neves (1987), citando Watson, foi desenvolvida cientificamente por suas líderes pioneiras, como Nightingale, Henderson, Hall e outras, sem as dicotomias: teoria, prática e pesquisa; fazer e saber; psicológico, físico e social; arte e ciência; ensino e serviço. O conhecimento de então era associado e permitia uma ação profissional integrada. Com a absorção do paradigma da modernidade na enfermagem, quando o científico precisava firmar-se a fim de que a disciplina nascente tivesse crédito na academia, houve a necessidade de retirar do seu discurso tudo que não representasse racionalidade. A pesquisa na enfermagem nos primeiros anos, como nos diz Munhall (1993), para firmar-se como ciência legítima desenvolveu-se com um padrão unilateral de conhecer que pudesse ser categorizado como empírico, empiricismo lógico e positivismo lógico. O intuitivo, o subjetivo, tudo aquilo que emerge de nosso interior e que não tem uma explicação lógica, passou a ter um tratamento marginal. Sobre esta dissociação, Leopardi (1996) se expressa, dizendo que a realidade visível pelo modo científico de ver é aquela explicável pela ciência, como se o ser humano não tivesse condições de expressar-se de outras formas.

O advento das teorias de enfermagem, considerado o atual conhecimento da enfermagem por Almeida e Rocha (1986), traz um crescente desenvolvimento de trabalhos integrando os diferentes padrões de conhecimento. Para Chinn e Kramer (1995), as teóricas de enfermagem têm mencionado outros padrões de conhecimento, além do empírico em suas teorias, o que foge do ideal da teoria científica tradicional. Além do empírico, as teorias refletem a influência de valores e crenças, mencionam a pessoa da enfermeira e as pessoas com as quais interage, bem como os “insights” que resultam da arte de enfermagem. Segundo elas, as teorias em enfermagem possuem características que são consistentes com os ideais da ciência tradicional, mas devido aos outros padrões de conhecimentos que elas incluem, passam a assumir um significado que vai além dos limites da ciência tradicional.

Podemos afirmar, então, que a origem e o desenvolvimento da enfermagem estiveram sempre ligados ao cuidado. Inicialmente associado às práticas do cotidiano, que com o passar do tempo, o surgimento da necessidade de um cuidado especializado e o advento das tecnologias e descobertas científicas, sofre uma tecnificação. Sabe-se que o conhecimento nas diferentes áreas do saber, antes de fazer parte da academia, trilhou caminhos e se firmou com o conhecimento popular. Mas, com o advento da técnica houve um afastamento das práticas profissionais de suas origens, o que passou a sofrer críticas de um número crescente de estudiosos do assunto. Estamos vivenciando, nas últimas décadas, um retorno às origens do cuidado, mais integrado, mais humanizado, mais próximo do seu significado junto às pessoas. Nasce, assim, uma vertente, cuja tendência é o resgate da valorização do cuidado popular, numa aproximação crescente das práticas milenares de cuidados para a manutenção da vida, aliados aos cuidados técnicos, num diálogo fundamental, no qual o aprendizado se dá nas duas direções. São estudos que se originaram da crítica da prática profissional e que já vêm demonstrando uma tendência ainda incipiente, mas que pode ser observada já em alguns estudos. Este movimento, realizado pela crítica da prática, elaboração de alternativas, aplicação destas na realidade e novas reflexões, é adequado para que tenhamos uma profissão voltada para os interesses da melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem.

2.2.3 - O desenvolvimento de uma nova visão do cuidado

O cuidado humano foi sempre estudado na enfermagem, em diversos ângulos, em alguns momentos mais intensivamente, em outros menos. Hoje, a comunidade de enfermagem volta mais uma vez seu olhar para o cuidado, agora no sentido de aprofundá-lo em seu aspecto de conhecimento científico e na arte de enfermagem. Para Waldow (1998-b), o caminho natural da enfermagem, na atualidade, é a convergência entre ciência e arte, especialmente por revelar o cuidar como o modo de ser da enfermagem.

Longe estamos, ainda, de deixar claro para as enfermeiras e comunidade acadêmica o que seja cuidado. Alguns trabalhos, como o de Waldow (1998-b), já têm apontado para a fragilidade deste conceito, uma vez que é entendido e trazido para as discussões como uma

técnica, uma ação, um elemento dentro das atividades da enfermeira. Em estudo exploratório realizado com enfermeiras, a autora constatou que talvez o ponto mais crucial de dúvidas acerca do tema cuidar e cuidado na enfermagem seja a concepção equivocada relacionando o cuidar/cuidado como função essencialmente técnica. Isto complica muito as discussões na área, pois, ao questionarmos uma enfermeira sobre o seu entendimento do que seja cuidado, fica uma interrogação no olhar, como se estivéssemos falando de algo sem a importância que procuramos dar ao fazermos tal questão. Talvez seja esta uma justificativa para adentrarmos mais uma vez nesta discussão e, quem sabe, buscar novos aliados para esta abordagem. Isto se deve, em parte, à conceituação mais recente, na qual é trabalhado o cuidado como a centralidade do que fazer na enfermagem.

Horta (1979), expoente importante na enfermagem nacional, dizia que os termos assistência e cuidado de enfermagem poderiam ter significados idênticos, de maneira restritiva e, em alguns casos, mas possuem significados distintos, de modo geral. Cuidado de enfermagem é conceituado, pela autora, como "... a ação planejada, deliberada ou automática da(o) enfermeira(o), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano" (p. 36). Mais adiante, Horta (1979, p. 37) esclarece melhor este conceito, enumerando uma série de atividades que constituem o cuidado de enfermagem, exemplificando que este pode implicar em várias atividades como, por exemplo, "... a higiene oral (verificar o material que o paciente possui); avaliar sua capacidade de autocuidado; observar condições da cavidade bucal; explicar o cuidado ao paciente; ensinar, se necessário, a técnica adequada de escovação; encaminhar ao odontólogo; lavar o material utilizado; anotar, etc". Por outro lado, o conceito de assistência de enfermagem, aparece como "a aplicação, pela(o) enfermeira(o), do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam a atender as necessidades básicas do ser humano" (p. 36). Nesta ótica, a assistência de enfermagem aparece como algo mais abrangente e englobando o cuidado de enfermagem, o que representa uma visão muito diferente da que tem sido postulada na atualidade. Quando conceitua "Enfermagem", Horta (1979, p. 29-30), também esclarece o que entende por assistir em enfermagem,

enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e

promover a saúde em colaboração com outros profissionais. Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Percebe-se, nesta conceituação, a abrangência que esta estudiosa da enfermagem dá ao vocábulo assistir, onde estabelece toda um relação de dependência entre a enfermeira e o cliente, sempre na expectativa de torná-lo independente, o mais breve possível, desta assistência. Esta preocupação em respeitar a autonomia do ser humano, de torná-lo cada vez mais independente para decidir sobre a sua assistência, pode ser sentida também no papel preponderante na educação do cuidado, através da orientação ou ensino.

Sabe-se que, no Brasil, o ensino das teorias de enfermagem e metodologias de assistência tiveram nesta autora a base para a pesquisa, o ensino e a prática da enfermagem. O tempo passou, novos conceitos firmaram-se nas teorias, pesquisas e prática da enfermagem. Hoje, penso que, ao questionarmos enfermeiras sobre o seu entendimento do que se constitui o cuidado, teremos muitos conceitos.

Nas três últimas décadas, tem havido um crescimento daquilo que emergiu como sendo o cuidado de enfermagem, numa visão mais ampla e integrada. Colaborando com esta vertente, Collière (1989) faz uma abordagem sobre o campo de competência dos cuidados, propondo um processo de cuidados de enfermagem. Para a autora, este processo é referido como o encontro entre duas ou mais pessoas, sendo que cada uma detém elementos deste processo de cuidados, que se situa na “encruzilhada de um sistema de troca, proveniente de origens diferentes e complementares, com vista a conseguir determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objetivos e os meios necessários para os atingir” (Collière, 1989, p. 293).

Nesta situação, o cuidado de enfermagem jamais poderá constituir-se na aplicação automática de algum conhecimento, pois são o resultado do que se descobre a partir das informações recebidas e trabalhadas no contexto da pessoa cuidada. Isto porque o cuidado de enfermagem só têm razão de ser quando for desenvolvido a partir do que as pessoas vivem no seu dia-a-dia, da sua doença e das limitações e dificuldades daí resultantes. Torna-se, assim, um processo entre parceiros sociais, com competências diferentes e comple-

mentares, utilizando as capacidades e recursos de cada um, no ambiente que acontecer, seja no domicílio ou instituição de saúde. Para que haja esta possibilidade de integração de cuidados, é necessário conhecer-se as pessoas cuidadas para poder atuar “em complementaridade com o que elas próprias ainda não sabem fazer, não podem, já não podem ou então podem fazer com suporte e ajuda” (p. 294). A autora propõe, para isso, a utilização de um processo que permite uma abordagem global, situando a pessoa no seu contexto de vida, numa tentativa de compreendê-la em relação aos seus costumes, hábitos de vida, crenças, valores, bem como situar o impacto da doença e das suas limitações em relação a este contexto. Isto também ocorre quando se dá a educação em saúde, pois quando adentramos numa situação e projetamos os nossos conhecimentos, sem antes informarmos-nos da situação, geralmente teremos uma conduta inadequada. No enfoque trazido por Collière (1989), esta abordagem adquire todas as suas dimensões no domicílio, pois permite a visão na situação de vida, tendo como pressuposto a necessidade de aprender a não julgar, mas compreender a sua expressão simbólica. Por isso, a abordagem global proposta pela autora permite compreender que o fio condutor não é feito de uma só fibra, pois vários fios tecem o novelo da vida, sendo que cada um é portador de um simbolismo.

Leininger (1991, 1995) também tem apresentado discussões importantes a este respeito, sendo que suas pesquisas e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural têm influenciado toda uma geração de autores e pesquisadores na área de enfermagem, na atualidade. Leininger (1991) tem defendido a importância do desenvolvimento de estudos sobre o cuidado humano, para que elementos culturais comuns e diversificados possam ser conhecidos, proporcionando o crescimento da enfermagem como disciplina. A ampliação do conhecimento sobre o cuidado poderá proporcionar a sua elucidação e, com isso, determinar, ao mesmo tempo, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Esta teoria começou a ser desenvolvida à partir de estudos de Leininger (1995) nos anos cinquenta e sessenta, e possui algumas questões críticas fundamentais, que têm guiado o seu desenvolvimento e sustentação: o cuidado humano e a enfermagem são universais? Se não, o que poderia explicar as diversidades entre as culturas? O cuidado humano é essencial para o crescimento e sobrevivência das pessoas, através do ciclo da vida em diferentes lugares do mundo? Se o cuidado fosse universal, como poderia ser a prática da enfermagem? Se o cuidado fosse diverso em todas as culturas, como poderia ser o limite da prática da enfermagem?

Leininger (1995) previa que a enfermagem necessitaria fazer maiores mudanças para trabalhar com clientes provenientes de diferentes culturas do mundo. As mudanças rápidas acontecidas no mundo atual, as comunicações, as guerras e políticas econômicas movimentaram a enfermagem para conhecer e entender a enfermagem transcultural. Para a autora, a profissão de enfermagem necessita de uma teoria para explicar, entender, interpretar e prever as práticas culturais de cuidado com pessoas que já se cuidam em situações de saúde. A Teoria do Cuidado Cultural pode tornar-se mais importante para a enfermagem, se ela sobreviver e florescer como uma disciplina e profissão, nas rápidas mudanças multiculturais do mundo.

Para melhor visualização da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, Leininger (1991; 1995) propõe um modelo que denominou de “Modelo Sol Nascente” (Sunrise Model). A idéia do sol nascente foi usada para simbolizar a meta da teoria em descobrir um novo conhecimento que poderia de forma marcante elevar a enfermagem através do conhecimento de um maior número de culturas de todo o mundo. Para mostrar as múltiplas influências no cuidado cultural foram necessárias várias revisões do modelo, as quais são encontradas em livros e trabalhos desde 1960.

Leininger (1995), após três décadas de trabalhos na área, continua com algumas questões desafiadoras, dentre elas: como os seres humanos em diferentes culturas (ou sub-culturas) têm se mantido saudáveis ou se recuperado de doenças? Que valores de cuidados específicos, crenças e práticas têm contribuído para a saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias ou comunidades de diversas culturas? Como o contexto do meio ambiente de diferentes culturas contribui para o bem-estar e saúde das pessoas, ou leva a padrões de doenças e morte na espécie humana? De que forma a visão de mundo, linguagem, religião, parentesco, valores culturais, tecnologia, política, fatores econômicos e educacionais influenciam a saúde e bem-estar das pessoas de diferentes culturas? Se as enfermeiras possuem conhecimento sobre o modo de vida cultural das pessoas, como elas podem prevenir doenças e preservar o modo de vida saudável das culturas? Podem as enfermeiras prover cuidados culturais específicos e congruentes, que poderiam ser benéficos e satisfatórios para os clientes e contribuir para sua saúde e bem-estar, ou ajudar as pessoas frente à morte? Estas perguntas guiaram o seu trabalho na elaboração da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e têm continuado a desafiar novas pesquisas na área.

Por isso, torna-se fundamental para a enfermagem a busca deste enfoque, como uma das alternativas para trabalhar mais integradamente com as pessoas, pois estamos em interação com pessoas de culturas semelhantes ou diferentes, cujas práticas, no seu mundo da vida, podem desafiar o que fazer da enfermagem, na sua prática profissional. Leininger (1995) preocupou-se com o fato de a enfermagem tratar e reconhecer as necessidades de poucas culturas dominantes, sem ter uma perspectiva mundial das culturas humanas. Neste sentido, cresce a importância desta teoria, pois inclui a possibilidade do estudo das visões de cuidado dos diversos povos do mundo, considerando os fatores sociais que também o influenciam.

Entre os anos de 1960 a 1991, Leininger (1991), estudando aproximadamente cinquenta e quatro culturas diferentes, identificou cento e setenta e cinco construtos ou elementos de cuidar/cuidado, através de pesquisa com o método qualitativo de etnoenfermagem. Estes construtos são os elementos do cuidar/cuidado encontrados nas diferentes culturas ocidentais e não-ocidentais. Esta lista não contém os que se referem aos cuidados profissionais de enfermagem. Os dados encontrados revelaram uma grande diversidade nas maneiras de pensar e agir no cuidado cultural.

Assim, a autora identificou a aceitação, afeição, envolvimento familiar, cooperação, hospitalidade, manutenção de harmonia, integridade, interesse, auto-realização, simpatia, respeito, empatia, cooperação, discernimento, consideração para com e comer alimentos corretos, como alguns dos elementos ou construtos do cuidado presentes nas diferentes culturas estudadas. Para Leininger (1991), os construtos estão relacionados com os valores prioritários e são diferentes nas diversas culturas. Em culturas como a anglo-americana, são valores culturais o individualismo, com foco na auto-realização pessoal, a independência e a liberdade, a competição, dependência da tecnologia, valorização de fatos científicos e dados numéricos, generosidade em momentos de crise, entre outros; para os afro-americanos os valores culturais estão relacionados com redes familiares amplas, valores religiosos (Igreja Batista, especialmente), interdependência com negros, uso de cuidados tradicionais em saúde, atividades musicais e físicas, etc; entre os americanos descendentes de italianos os valores culturais encontrados foram amplos laços familiares, patriarcalismo, práticas religiosas (Católica Romana), generosidade e caridade, responsabilidade com italianos, etc. Tais diferenças nos valores culturais levam a prática de cuidados diversificados, transmitidos através das vivências diárias. Para a autora, o conhecimento destes valores

poderia ser transmitido para as enfermeiras para que, a partir disto, forneçam cuidados coerentes a clientes de diferentes culturas.

No Brasil, alguns estudos nesta visão, na qual diferentes ramos do conhecimento estão integrados, têm sido muito importantes para oferecer à nossa prática elementos que propiciem um cuidado mais adequado. Cartana (1988), Patrício (1990, 1996), Monticelli (1997), Denardin Budó (1994), Silva (1997), Waldow (1998-a, 1998-b, 1998-c) são pesquisadores que têm utilizado esta vertente para a fundamentação do cuidado. Estes são, na realidade, apenas alguns dos autores que trazemos para reflexão neste momento. Há um número crescente de pesquisadores, especialmente ligados aos cursos de pós-graduação, que têm se dedicado a este ramo do cuidado. Sabemos, também, que não há somente uma visão neste grupo aqui representado. Cada um traz em si uma abordagem própria, associada a outras existentes, mas que refletem uma tendência integradora do cuidado. Não mais um cuidado somente como técnica, mas um cuidado que associa e vai além do saber anteriormente constituído. Apenas para ilustrar, trago algumas idéias referentes aos trabalhos anteriormente citados.

Embora Cartana (1988) não tenha trabalhado explicitamente o conceito cuidado, trouxe importante contribuição ao realizar pesquisa em comunidade pesqueira da Costa da Lagoa, em Florianópolis, Santa Catarina, que pode auxiliar na compreensão daquela população e na forma de desenvolver o cuidado pelos profissionais. Neste estudo, a autora revela que a população moradora no local constitui uma única rede social, o que poderia repercutir no planejamento das ações de saúde. Outro achado importante foi o de que a família constitui-se muito mais do que os laços consangüíneos, atingindo aquelas pessoas consideradas “do coração”. Na percepção desta população, a saúde e a doença, são integradas e de igual importância aos demais aspectos da vida, como o trabalho, lazer, religião e outros. Todas estas conclusões trazem contribuições importantes para a enfermeira que queira realizar um cuidado integrado ao referencial de vida desta população.

Ao utilizar um marco conceitual para a enfermagem, com enfoque sócio-cultural, Patrício (1990) realizou trabalho com adolescentes grávidas solteiras através da prática de cuidar/cuidado. Nesta atividade a autora reflete sobre a possibilidade deste estudo se caracterizar como um marco de referência nas situações de saúde ou doença. Em outro trabalho, Patrício (1996) propõe uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-

ecológico, na dimensão do ser saudável na felicidade-prazer, no qual aponta que “a enfermagem, enquanto profissão do Cuidado da Vida, precisa incorporar em seu referencial a dimensão felicidade-prazer como importante no processo de viver saudável” (p. 145).

Trabalhando o nascimento como um rito de passagem, Monticelli (1997) apresenta alguns ritos de cuidados desenvolvidos pelas mulheres, durante o processo de nascimento. Estes ritos “são plenos de símbolos e significados e comportam dimensões físicas, simbólicas e sociais de maneira inseparável” (p. 284). São construídos culturalmente, são dinâmicos e trazem a possibilidade de serem recriados, como a cultura, propiciando processos emergentes onde ocorrem mudanças e inovações. Com este e outros dados trazidos de sua pesquisa onde é utilizado o “Processo de Caminhar Juntos”, a autora apresenta um modelo de abordagem cultural para o cuidado de mulheres e recém-nascidos, a ser adotado pelas enfermeiras.

Ao propor um Cuidado Transdimensional, Silva (1997) diz que este constitui-se em “uma perspectiva de integração e de transdimensionalidade do ser e do seu meio, ultrapassando o processo saúde-doença e tendo como prioridade a vida em suas mais diversificadas formas de expressão” (p. 159), resgatando o sentido de reverência para com a vida. Assim, como consequência desta postura inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado, deve haver a construção do Cuidado Transdimensional, “... a partir da interação pelo diálogo permanente entre profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedades...” (p. 160).

Em estudo com uma comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos, no Rio Grande do Sul, Denardin Budó (1994), descreve um modelo cultural de cuidado denominado “Cuidando e sendo Cuidado”, fundamentado em crenças, valores e visão de mundo destas pessoas. Neste modelo, o cuidado começa na família nuclear, se amplia na família expandida e é complementado pela rede social com vizinhos e amigos, podendo chegar ao sistema oficial de saúde. O cuidado surge no dia-a-dia das famílias, no conjunto de atividades cotidianas, podendo ser observado nos afazeres domésticos, no convívio com as pessoas, no trabalho, no descanso, no lazer, no passeio, na escola. O cuidado é com a pessoa como um todo, em seu viver, permeando uma visão de integralidade e totalidade. Não está vinculado somente com situações de doença, nem com o doente, pois as pessoas não vêem separado os diferentes momentos do cuidar. Em tudo que é realizado estão implícitos cuidados em saúde ou sua ausência, que em grande parte das vezes não são percebidos como tal. São atitudes, formas de se alimentar, de trabalhar, de descansar, de procurar ajuda ou ajudar nos

momentos de crise, e tantas outras atividades do viver diário, que caracterizam a sua visão de mundo, aprendida e compartilhada com os familiares através das gerações.

Waldow (1998-a, 1998-b, 1998-c) é uma das autoras que também vem contribuindo para a elucidação do cuidado, integrando os pensamentos de filósofos e pensadores da área de enfermagem. O cuidado humano constitui-se ainda em uma das questões que têm criado mais controvérsias na nossa área, além de ser poucas vezes descrito de forma clara e prática. A finalidade do cuidar na enfermagem, segundo a autora é, prioritariamente aliviar o sofrimento humano, mantendo a dignidade e facilitar meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer. Quando explicita o seu entendimento sobre o significado do cuidado humano, Waldow (1998-b) refere que este "... consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem estar-geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida" (p. 129). Em sua obra, "Cuidado humano: o resgate necessário", Waldow (1998-b), além de trazer vários enfoques sobre a temática, propõe uma educação para o cuidado, na qual o corpo docente necessariamente deveria identificar o cuidado como valor, trabalhando com seus significados e concordando em propiciar um ambiente de cuidado para os alunos.

2.2.4 - A integração das práticas de cuidado - uma postura possível na prática das enfermeiras

Vimos, até aqui, que a prática de cuidado na enfermagem tem sido questionada, nos últimos anos, ao mesmo tempo em que autores têm proporcionado algumas alternativas de crescimento do saber na enfermagem. Podemos afirmar que vivemos hoje um momento muito fértil, no qual tem sido possível trazer para a comunidade acadêmica as discussões, pontos de vista, que têm contribuído de forma fundamental para a compreensão da prática, da teoria e pesquisa de enfermagem.

O fenômeno cuidado tem representado, especialmente na área de enfermagem, o desenvolvimento de uma vasta literatura, especialmente desenvolvida nas últimas décadas, que o tem colocado como o seu foco central, a sua essência, o seu domínio unificador. Mas

o cuidado em si não é prerrogativa exclusiva das profissões, até porque ele se encontra na vida das pessoas, independente de qualquer envolvimento com saber organizado e instituído por uma ou outra profissão. Revisando a trajetória histórica da humanidade, pode-se reconhecer que o saber contido nas diferentes áreas do conhecimento, antes de ser parte da academia, seguiu caminhos e se firmou como conhecimento popular. A área da saúde especialmente tem seu nascimento nas práticas cotidianas, que aos poucos foi sendo absorvida pelo saber científico, sofisticando-se com a inserção do aparato tecnológico. Mesmo nos dias atuais, em algumas situações, os cientistas retornam ao saber popular e tradicional¹, estabelecendo trocas, mas muitas vezes distanciando-se de suas origens.

Assim, também o cuidado, na vertente chamada por Collière (1989) como da reparação, na qual a enfermagem se associa mais às doenças, ao processo de cura e não ao cuidado das coisas da vida, passou a distanciar-se e enclausurar-se nos hospitais, nos locais de cuidados, negando o saber popular, criando um saber próprio. No entanto, a profissão surge da necessidade de atender as pessoas que chegam em busca de cuidados. Este é um momento de aproximação único, no qual a enfermeira precisa ver a pessoa cuidada como alguém que possui um saber que a orientou até então.

Isto nem sempre é a prática dos profissionais de saúde, pois, às vezes, há um desca-so com o saber popular, o que pode ser observado no que diz Collière (1989), ao afirmar que em áreas tanto urbanas como rurais, é considerado obsoleto, pelos profissionais de saúde, o conhecimento das mães, ganho pela experiência e por outras mulheres através da conscientização cultural. Este desapossamento geral do conhecimento da maternidade é devido à invasão de cada evento da vida pelas pessoas que representam os aspectos cha-mados científicos da saúde e da doença. Nos últimos tempos, alguns autores na área da

¹ A associação do conhecimento profissional ao tradicional e popular pode ser observada hoje em vários campos da área da saúde, como é o caso da acupuntura. Outro exemplo, que tem refletido em debates sobre a biodiversidade, desenvolvimento sustentável e uso de tecnologias, é o uso de plantas terapêuticas da amazônia. Neste caso, os cientistas buscam com os habitantes das florestas o conhecimento relativo ao uso tradicional destes elementos para desenvolver o estudo de princípios farmacológicos, o que representa a saída de nosso meio deste saber, sem o retorno devido. Existe uma tendência, neste final de século, tam-bém, para buscar respaldo no saber científico para muitas outras práticas utilizadas tanto nas áreas do saber popular como do tradicional, consideradas, no meio acadêmico, como “terapias alternativas ou comple-mentares”. Na enfermagem, já existem alguns trabalhos que se voltam para esta tendência, na qual o saber popular ou tradicional é valorizado e absorvido na prática profissional, neste caso, voltando como alternati-va de cuidados mais integrais e complementares. Waldow (1998-b) faz algumas reflexões sobre o tema, trazendo algumas experiências, como é o caso dos trabalhos de Silva e Marta, no Brasil, e outros trabalhos norte-americanos.

enfermagem, dentre eles Leininger (1991), Denardin Budó (1994, 1999) Monticelli (1997), têm se voltado no trabalho de valorização do saber popular, destacando a importância de conhecer-se as culturas para haver a possibilidade de maior integração das pessoas cuidadas nas atividades de cuidados em saúde. Muitos estudos que utilizaram a Pedagogia Freiriana, na área de enfermagem, também partem do conhecimento popular e da cultura, com pessoas que estão vivenciando problemas ou situações existenciais semelhantes. Da comunhão destas pessoas surge um grupo especial, denominado por Paulo Freire, de Círculo de Cultura. Saupe, Brito & Giorgi (1998) referem algumas dissertações de mestrado, cujas enfermeiras propõem o Círculo de Cultura, colocando-se como animadores. Dentre estas temos os trabalhos de Wosny, Heidmann, Gonzaga, Alonso, Madureira, Dall' Agnoll, Souza, Martins, Brito, entre outros.

Por isso, acredito que integrar os conhecimentos oriundos do saber popular aos do saber profissional é o grande desafio da enfermagem atual. Isto não significa que o saber profissional vai absorver tudo que vem do saber popular, significa criar uma ponte de integração, de entendimento, onde se busca conhecer o que se passa na vida cotidiana das pessoas cuidadas, resgatando e respeitando um saber que teve uma trajetória histórica. Por trás de um cuidado inadequado apresentado por alguma pessoa, há uma simbologia que representa os valores, crenças, a visão de mundo no modo de vida que a tradição familiar referendou. Se não trabalharmos esta nuance, permeada de valores culturais, poderemos ver sem sucesso nosso trabalho, notadamente na educação em saúde.

Em geral, quando abordadas pelo profissional de saúde ou área correlata, as pessoas ao se referirem à água não tratada, utilizada para consumo familiar, no meio rural, por exemplo, dizem: "eu sempre tomei desta água e estou aqui bem vivo!", não acreditando que aquela água, tão transparente e aparentemente limpa representa, muitas vezes, um foco de doenças transmissíveis, invisíveis. Como pode esta água causar mal se foi utilizada pelos ancestrais e eles sobreviveram com relativa saúde? Como trabalhar com esta postura? Ou o que dizer do agricultor que não acredita no perigo que representa o uso de agrotóxicos sem a proteção recomendada pelo produto? Como entrar neste universo cultural para entender a lógica deste saber? E a mãe que não aceita a aplicação de vacinas, pois acredita serem elas causadoras de algum mal à criança? Até que ponto temos respostas de cuidados adequados para estas pessoas? Como impor um cuidado a quem nos delega o seu próprio cuidado, se entrega para nós em alguns momentos de suas vidas? Se olharmos por esta

ótica, torna-se uma inversão de valores quando dizemos que as pessoas não seguem as orientações, pelo contrário, as pessoas em algum momento de suas vidas passam o seu poder para nós, permitindo que entremos em sua intimidade, muitas vezes na intimidade de suas casas, para cuidá-las. E que fazemos? Nem sempre consideramos o seu saber. Não valorizamos o que elas têm feito até então consigo mesmas e com os seus. E ainda, em muitas ocasiões dizemos: “ela não entendeu, ou ela não seguiu minhas orientações...”

Talvez, isto se deva ao fato de que, o cuidado durante muito tempo foi ensinado, especialmente no Brasil, como sendo a realização de uma técnica, uma ação em relação a uma doença. O ensino da enfermagem tem sido desenvolvido por muito tempo a partir de patologias que são descritas, conforme os sistemas. Muitos dos conhecimentos transmitidos aos alunos constituem-se da fisiopatologia, fio condutor preponderante no ensino. Após grande parte da aula utilizada para esta comunicação, são trabalhados os “cuidados de enfermagem”, que complementam o ensino fisiopatológico, centrado na doença e no saber biomédico, naquilo que Collière (1989) refere como o trabalho da “corrente ligada à tecnicidade e centrada na doença” (p. 123).

No entanto, apesar de toda esta carga que trazemos de nossa história, parece existir na vivência profissional uma clareza em relação à importância do cuidado, a relação com as pessoas, para a realização pessoal e profissional. Não que para todos o conceito de cuidado seja uma unanimidade, mas que existe, mesmo sob a forma de algo implícito, ou não muito claro. Embora não seja ainda o cuidado voltado para a forma de ser e vivenciar das pessoas no seu cotidiano.

Este é o caso do estudo de Lunardi Filho (1997, p. 85), realizado com enfermeiras e auxiliares de enfermagem que trabalham em hospital, no qual é investigada a percepção que estes profissionais têm sobre os fatores de prazer e sofrimento no trabalho. “O trabalho em si” despontou como algo que complementa e dá sentido à vida. Sendo que uma das grandes motivações para este trabalho é a “necessidade de ajudar e de sentir-se útil”, trazendo esta perspectiva um “prazer imenso”. Mesmo sendo um trabalho desgastante, “ajudar as pessoas doentes, apoiar e promover seu bem-estar geral, acompanhar sua recuperação e alta e presenciar a felicidade tanto de pacientes como de familiares”, bem como o “sentimento de dever cumprido, após a realização de tudo que tinha de ser feito...” constituíram-se, também, em fonte de prazer no trabalho. Percebe-se, nesta pesquisa, que o prazer decorrente do trabalho é oriundo do cuidado com as pessoas. Então, a enfermeira quando tem possibilidade de reali-

zar o seu trabalho, já tem a vivência de um prazer. Acredito ser o cuidado com as pessoas e as atividades que possibilitam uma relação mais estreita com elas o grande momento do trabalho da enfermeira, que é o momento do cuidado de enfermagem.

Outro trabalho que evidencia a importância da relação da enfermeira com as pessoas, através do cuidado, é a pesquisa desenvolvida com calouros de dois cursos de enfermagem (Beck, Denardin Budó, Gonzales, 1998). Neste estudo, foi identificado que a procura por este curso pelos estudantes teve como categoria que representa a maioria dos acadêmicos a admiração pela profissão. Esta admiração deve-se ao fato de que a enfermagem trabalha diretamente com as pessoas e ajuda o ser humano, amenizando o seu sofrimento. Evidencia-se, ainda, que para os calouros, o que os motivou buscar o curso foi amenizar o sofrimento dos pacientes, cuidando, protegendo, confortando... tratando, na expectativa de contribuir para o bem estar, a reabilitação e/ou a cura do doente.

Fica evidente, nestas duas pesquisas, tanto de profissionais que já se encontram na prática da enfermagem (Lunardi Filho, 1997) quanto daqueles que estão no momento de iniciação ao curso de graduação (Beck, Denardin Budó, Gonzales, 1998), que é a possibilidade de desenvolver cuidados com as pessoas, ajudando-as em seus momentos difíceis, o motivo da escolha e do prazer de trabalhar na enfermagem.

Então, o cuidado profissional a ser trabalhado pela enfermagem deve ter alguns parâmetros para proporcionar uma atuação da cuidadora profissional em uma forma de ação que venha a atingir as pessoas cuidadas naquilo de que mais precisam, valorizando as suas vivências, respeitando seu saber.

Para que a experiência do cuidado se dê no cotidiano dos profissionais é necessário que sua formação aponte para esta perspectiva. Assim, o preparo da enfermeira se torna o elemento fundamental a fim de que as abordagens sejam centro de reflexão crítica e se busquem outras formas para trabalhar a educação da cuidadora profissional.

2.3 - PREPARO DA ENFERMEIRA

Apesar de entender que a enfermagem é tão antiga como é a humanidade, proponho-me neste momento a deixar de lado todo este percurso histórico, para ater-me em um

recorte breve daquilo que foi preconizado como o Sistema Nightingale para formação das enfermeiras, quer em nível mundial ou nacional. Isto não significa que as demais iniciativas da formação destas profissionais não tiveram a merecida importância na história de nossa profissão, influenciando sobremaneira a prática atual. Trata-se, neste momento, de uma análise da formação da enfermeira na perspectiva de seu papel social, aspecto que considero fundamental para trabalhar com as pessoas.

A enfermagem moderna nasce com Florence Nightingale, com a institucionalização da profissão, e a criação da primeira escola de enfermagem nos moldes por ela preconizados, em 1860, no Hospital St. Thomas, na Inglaterra. A tônica dessa escola era a formação de profissionais de forma criteriosa, sendo que a disciplina e a conduta moral eram requisitos primordiais. Isto se deve, especialmente, ao fato de que a enfermagem, na época, contava com profissionais de duvidosa conduta moral. Florence estabelece alguns critérios para o que passou a ser o Sistema Nightingale, dentre eles a rigorosa seleção de candidatas, a direção de escolas por enfermeiras, e ensino teórico e prático metódicos. Para Saube (1998), este sistema foi, com o passar do tempo, adequando-se às culturas, modos e costumes de vida dos países onde foi sendo importado sendo que, atualmente, talvez tenhamos tantos modelos quanto as nações nas quais o Sistema Nightingale foi implantado.

Este modelo é difundido por todo o mundo e chega também ao Brasil, em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, que passou, em 1926, a se chamar Escola de Enfermeiras D. Anna Nery (Pires, 1989).

No Brasil, este modelo é introduzido a partir da necessidade da formação de um tipo de profissional para trabalhar no precário sistema de saúde brasileiro da época. No início do século, a urbanização crescente das cidades, a falta de planejamento e saneamento básico, fez com que se disseminassem as doenças pestilenciais e de massa, o que criou sérios constrangimentos à política econômica brasileira, especialmente a ligada com o comércio exterior. Frente a estes problemas, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), assumindo a sua direção Carlos Chagas que, em 1921, visita os Estados Unidos e conhece as enfermeiras “nightingale” e, segundo Pires (1989), acredita ser este o profissional de saúde necessário para atender à estratégia sanitária governamental. Através da ajuda financeira da Fundação Rockefeller, chegam ao Brasil as primeiras enfermeiras americanas, lideradas por Ethel Parsons, com o objetivo de avaliar a situação e planejar a

organização de um serviço de enfermagem. Nasce, com isso, a moderna enfermagem brasileira, atendendo mais a uma medida do governo do que a um consenso nacional, como diz Barros, citada por Melo (1986).

Ao abordar o contexto da criação da enfermagem de saúde pública no Brasil, Carvalho (1997) diz que Ethel Parsons propõe a formação imediata de visitadoras sanitárias, para exercer a vigilância em domicílios sobre casos de tuberculose, e a criação de uma Escola de Enfermeiras. Como a preparação de enfermeiras seria muito demorada, foi ministrado um “Curso de Emergência de Seis Meses para Visitadoras de Higiene”, sendo que, das primeiras quarenta matriculadas, vinte e sete receberam o certificado. Nesta época, a cidade do Rio de Janeiro foi dividida em zonas e, estas, em distritos; cada zona tinha a direção de uma enfermeira-chefe norte-americana, que era supervisora e instrutora das visitadoras, ficando, estas, responsáveis pelos distritos. Este primeiro grupo de visitadoras passou a fazer parte do Serviço de Enfermeiras do DNSP. Nesta época, diz Carvalho (1997, p. 29), referindo-se ao relatório de Ethel Parsons, “o Serviço de Enfermeiras era responsável pelo cuidado à saúde das famílias, fosse um pai tuberculoso, uma mãe grávida, um recém-nascido, um parente com doença transmissível, a visitação à criança de até dois anos de idade”. A autora refere ainda que, a partir de 1926, com a formação das enfermeiras diplomadas pela Escola Anna Nery, as visitadoras foram sendo substituídas por estas novas profissionais e, “no final de 1927, o Serviço de Enfermeiras ia aproximando-se do ideal e encaminhando-se para o que se podia entender por um Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública generalizado” (p. 30). Quando fala sobre as atribuições das enfermeiras de saúde pública, Carvalho (1997, p. 30) aponta que “à enfermeira de saúde pública cumpria a responsabilidade pela vigilância e notificações, pelo cuidado aos doentes e às famílias, pelo ensino e orientação à comunidade”.

Com os dados expostos acima, percebe-se claramente que, no Brasil, a chamada moderna profissão de enfermagem nasce para dar conta dos problemas enfrentados pelo governo no sentido de resolver suas questões mais econômicas do que de saúde propriamente dita. Mas também nasce voltada para a saúde pública. O ensino da enfermagem não seguiu propriamente este caminho, como aponta o trabalho de Almeida e Rocha (1986). Os autores, ao fazerem uma investigação do saber da enfermagem, utilizam como fio condutor este saber numa perspectiva histórico-social e dizem que “o cuidado de enfermagem com-

porta em sua estrutura o conhecimento (o saber de enfermagem), corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando ao atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente” (p. 24). E complementam dizendo que “a educação em enfermagem prepara e legitima sujeitos para este trabalho, através do aparato ético-filosófico e do saber de enfermagem” (p. 24). Este saber constituiu-se, no transcorrer das diferentes fases da enfermagem, nas técnicas de enfermagem, que se inicia num modelo religioso, passando para um modelo vocacional, também chamado de arte de enfermagem, desembocando na modalidade funcional. Com as transformações históricas, no modo de produção capitalista, levam à divisão técnica do trabalho em enfermagem, com o trabalho manual e intelectual, chegando ao atual saber, apontado pelos autores, como as teorias de enfermagem. Este estudo traça, além do desenrolar histórico-social destas práticas, a sua repercussão no ensino e pesquisa na enfermagem.

Portanto, a enfermagem inicia no Brasil, num contexto de conturbação histórica de práticas de saúde, que seriam necessárias para mudar o perfil epidemiológico das cidades, onde a prevenção de doenças e promoção da saúde era o foco central. Com o desenvolvimento das tecnologias na área da saúde, passa a centrar as suas práticas no modelo curativista, que é dominante em toda a área da saúde.

Hoje, ao pensarmos a formação da enfermeira, entendemos que os profissionais que trabalham com pessoas e que têm preocupação com a melhoria da qualidade de suas vidas necessitam de uma abordagem adequada, a fim de que possam atingi-las em sua plenitude. Especialmente, quando se trabalha com a formação de recursos humanos para a área da saúde, é fundamental que se tenha em mente esta realidade e, em especial, que muitos dos problemas mais simples da humanidade, como a fome, a falta de habitação, a educação e as condições de vida e de trabalho adequados, não foram resolvidos com as propostas trazidas pela ciência nos últimos tempos. Isto não significa que não tenha ocorrido um crescente desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Pelo contrário, por razões mais políticas, econômicas e sociais, estas questões estão aí, a nos desafiar.

Então, torna-se de fundamental importância a busca criativa de novas alternativas para o trabalho, associando saúde e educação das populações, num intercâmbio constante entre o saber desenvolvido no viver diário e o oriundo do meio acadêmico, inseridos em um contexto histórico, político, social, econômico e cultural.

As práticas educativas são uma constante na vivência dos profissionais da saúde, dentre eles a da enfermeira, cuja essência tem sido apontada por grupos de profissionais, como sendo o cuidado. O cuidado envolve todo um conjunto de práticas, entre as quais a educação é um de seus elementos fundamentais. Cuidar passa a ser muito mais do que fazer, ajudar ou orientar dentro do nosso saber acadêmico técnico-científico. Trabalhamos com pessoas que possuem um referencial de vida marcado pela visão de mundo, crenças e valores de uma cultura, que as orientou em todos os momentos e que, na situação de crise, procuram um serviço de saúde e passam a ser "pacientes" tratados uniformemente, como se todos fossem iguais, através dos padrões gerais de atendimento à saúde e à universalização de sintomas e patologias (Monticelli, 1992). Nesta situação, o saber popular é negado e imposto um conhecimento e prescrição fundamentados no modelo técnico-científico, próprio da academia, e que, ainda hoje, é centrado na doença, no modelo biomédico.

No caso específico do conhecimento na área da saúde, convivemos, hoje, com novos significados para o seu entendimento. Os conceitos até então aceitos são mais uma vez criticados, na tentativa constante da superação dos conhecimentos que os embasam. Nos últimos anos, os paradigmas que sustentam estas conceituações também têm sofrido severas críticas e, na busca de novas formas de ver a vida e a saúde, surgem tentativas de entendimento destas questões. Vaitsman (1992) diz que, apesar desta ser uma definição ampliada, emitida nas últimas Conferências Nacionais de Saúde, envolvendo elementos extra-econômicos como "liberdade", "meio ambiente", "educação" e "lazer", os reduz à determinação das formas da organização social da produção. Um conceito ampliado de saúde não poderia considerá-la só como resultante das formas de organização social da produção. O pensar saúde, hoje, passa a ver o indivíduo na totalidade de sua organização cotidiana, que se expressa não só no trabalho, mas também no lazer, no afeto, na sexualidade, nas relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada de saúde passaria a ser vista como "a recriação da vida sobre novas bases, onde a instituição da sociedade pudesse atender o mais plenamente à atenção das diferentes e singulares necessidades humanas" (Vaitsman, 1992, p. 171).

Na prática dos profissionais de saúde, em especial na da enfermeira, há uma evidente possibilidade de aproximação com as pessoas e grupos, pois estas os procuram, em geral, nos momentos difíceis e de crise. Considerar também a dimensão sócio-cultural da saúde é fundamental, a fim de que tenhamos a possibilidade de abrangência suficiente para

atingirmos as pessoas. Isto porque há uma estreita relação entre as crenças, valores, costumes que são desenvolvidos no cotidiano pelas pessoas e a forma como elas se expressam nas situações de saúde ou doença.

Portanto, para trabalhar na prática, num contexto de educação e saúde, torna-se fundamental que se estabeleça uma relação entre os conhecimentos das diferentes ciências que compõem a saúde e as ciências sociais e de educação, num comprometimento com o movimento social, com a democracia, com o respeito pela liberdade individual, na participação no processo de conscientização. Para isto, é necessária uma concepção de saúde que ultrapasse aspectos do modelo biomédico, numa visão ampliada pelos diferentes aspectos das ciências sociais. Sobre isto, Briceño-León (1996) apresenta, em seu artigo, sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária, onde postula dois princípios de trabalho: é necessário conhecer e contar com o ser humano, os quais se expressam em duas premissas: "somente conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias de vida é possível uma ação eficiente e permanente em saúde; e nada pode mudar a saúde do outro, se este não quer fazê-lo por si mesmo" (p. 7). Com este enfoque, não há como trabalhar em educação na saúde sem conhecer o ser humano em suas diferentes dimensões, no seu contexto de vida.

2.3.1 - Os currículos oficiais da enfermagem e o preparo da enfermeira para trabalhar em comunidades rurais

Considerando a temática deste estudo de preparo da enfermeira em relação à prática de cuidados em comunidades rurais, busquei os currículos oficiais da enfermagem, que vigoraram até a presente data, com a finalidade de verificar a presença de alguma tendência para o estudo da área rural, na enfermagem.

Examinando o currículo de 1949, que inclui a Lei nº 775 de 6 de agosto e do decreto nº 27.426 de 14 de novembro, consegui evidenciar que, embora não exista nenhuma disciplina, matéria ou área de conhecimento que incluía a Enfermagem Rural, foi encontrado no artigo sétimo, do referido decreto, que "os estágios seriam realizados mediante rodízio dos alunos em serviços hospitalares, ambulatoriais e unidade sanitária, abrangendo: clínica médi-

ca geral [...]; clínica cirúrgica geral [...]; clínica obstétrica e neonatal; clínica pediátrica; cozinha geral e dietética; *serviços urbanos e rurais de saúde pública*”² (Saupe, 1998, p. 41).

Nos currículos seguintes, reformulados através do parecer nº 271 de 19 de outubro de 1962; do parecer 163 de 28 de janeiro de 1972 e a resolução nº 4 de 25 de fevereiro de 1972; da portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994, não foi evidenciada nenhuma disciplina, matéria ou área de conhecimento que pudesse ter uma caracterização específica, referência, orientação ou direcionamento para a área rural. Com isso, penso na hipótese de que nas demais disciplinas houvesse, implícitas, unidades de ensino orientadas para este tipo de enfermagem. Se compararmos a tendência do Brasil, no transcorrer deste século, à crescente tendência das políticas públicas e de formação de profissionais das diferentes áreas, observa-se que esta se dá na direção da urbanização. Atualmente, com as Diretrizes Curriculares, também não há qualquer indício ou indicação para o desenvolvimento de estudos nesta área.

Assim, podemos dizer que, no decorrer dos anos, as propostas de currículos oficiais para a enfermagem, não deram ênfase à abordagem do meio rural, importante cenário de vida de grande parte da população brasileira. A única exceção foi a do currículo de 1949, que recomenda estágios em rodízio, incluindo “serviços urbanos e rurais de saúde pública”. Acredito que isto se deve, em parte, porque o enfoque social e antropológico, que permitem a ênfase nesta abordagem, só fez parte das disciplinas ou matérias da área humana como sociologia, antropologia e psicologia, destes currículos, à partir do parecer 163 de 28 de janeiro de 1972 e a resolução nº 4 de 25 de fevereiro de 1972. Mesmo assim, a “enfermagem de saúde pública, continua excluída da parte geral, ficando reservada à habilitação” (Saupe, 1998, p. 46).

Integrando os principais conceitos deste estudo, que refletem as concepções fundamentais para dar o suporte teórico necessário, foram descritas algumas reflexões à respeito da discussão da relação urbano/rural e a sua configuração no debate dos dias atuais. Na seqüência do capítulo, foi apresentada a temática cuidado na enfermagem, na qual alguns autores da área trazem a sua contribuição para fundamentar a visão do cuidado no sentido da integração das práticas populares e profissionais. Para finalizar, foi apresentada uma reflexão sobre o preparo da enfermeira para trabalhar com estas práticas de cuidados, especialmente voltadas às populações rurais, que são o alvo deste trabalho.

² Grifo meu.

A Figura 1 é uma tentativa de ilustrar os conceitos expostos. Ela representa a integração possível para a formação de enfermeiras para o cuidado profissional e sua prática no meio rural. Trata-se de uma tentativa de vislumbrar o cuidado profissional sendo trabalhado no meio acadêmico, representado pelo preparo formal e informal da enfermeira, no meio urbano, mas buscando sua integração através do preparo na graduação, pós-graduação e educação continuada. Esta integração será no sentido de valorização da prática de cuidados populares, através da identificação de seu conhecimento, análise e busca no referencial de cuidados profissionais de fundamentos para esta prática. Para trabalhar com estas pessoas, é necessário que a enfermeira esteja preparada no sentido de integrar o conhecimento popular e o profissional. Neste caso, torna-se fundamental uma educação formal e informal da enfermeira que vise a integração adequada entre os saberes. Estes saberes estão permeados por fatores que influenciam as práticas profissionais e populares de cuidados, conforme Leininger (1991): fatores tecnológicos; fatores religiosos e filosóficos; fatores de parentesco e sociais; valores culturais e modos de vida; fatores políticos e legais; fatores econômicos; fatores educacionais, que, através do contexto ambiental, linguagem e etnohistória, interferem nos padrões de cuidados e suas expressões. A enfermeira, para realizar um cuidado coerente com o das pessoas cuidadas, necessita conhecer a cultura, através de suas expressões de cuidados populares.

Os círculos representam os ambientes rural (local de integração entre o cuidado popular e profissional) e urbano (local do preparo formal e informal da enfermeira para o cuidado profissional) e a integração possível, identificada pelas setas que demonstram o ir e vir dos saberes, respeitando a cultura. As dimensões das estruturas cultural e social, estão distribuídas no espaço urbano e rural, onde se encontram as pessoas envolvidas no cuidado cultural.

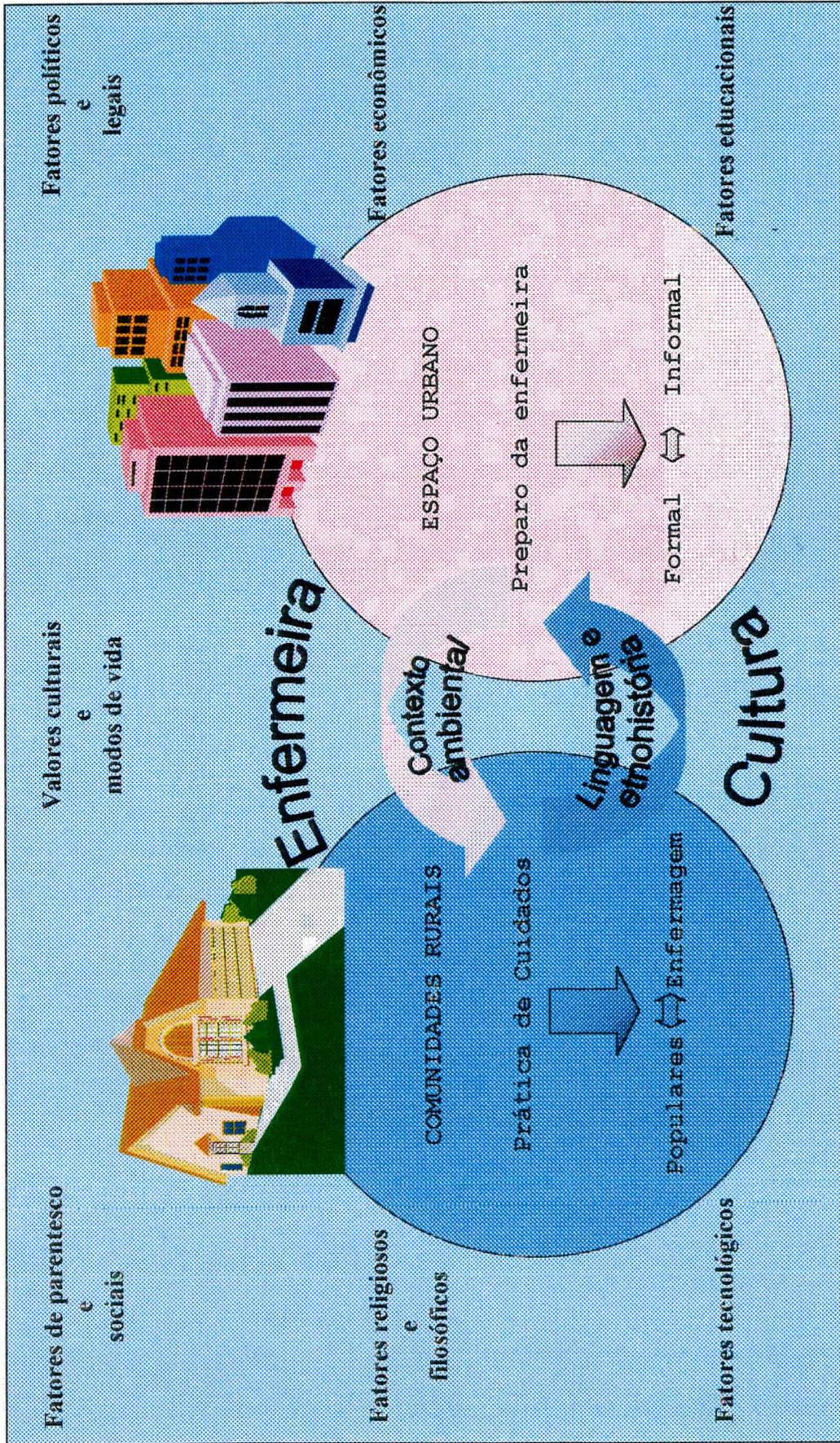


FIGURA 1 - Integração dos conceitos do referencial teórico-metodológico.

3 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo constitui-se na metodologia selecionada para guiar o estudo, fundamentada em diferentes autores, no qual são apresentadas as intenções da pesquisadora para desenvolvê-lo e a forma como o mesmo foi trabalhado.

A relação entre teoria e realidade empírica se manifesta na produção de pesquisa através de exercícios de integração entre as duas partes. Para Minayo (1992, p. 92), “a relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa a teoria que, por sua vez, a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo sem fim de distanciamento e aproximação”. Nesta perspectiva, a proposta metodológica para este trabalho constitui-se numa abordagem qualitativa da realidade, através de caminhos e instrumentais próprios, nos quais a fundamentação teórica forneceu novas luzes para a sua compreensão. Para trabalhar o problema proposto, tornou-se fundamental conhecer a realidade da prática do cuidado desenvolvido pelas enfermeiras da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS, as interferências das políticas de saúde para o setor, bem como a percepção das enfermeiras em relação à sua formação em nível de graduação, pós-graduação e educação continuada. Todos estes elementos forneceram dados para obtenção de um panorama abrangente do trabalho desenvolvido por estas profissionais e dos modelos de cuidado oferecidos à população.

3.1 - UNIVERSO DA PESQUISA

Os sujeitos que fizeram parte da pesquisa são as enfermeiras que atuam na rede pública dos municípios que constituem a 4ª Colônia de Imigração Italiana: Dona Francisca, Faxinal do

Soturno, Ivorá, Nova Palma, Pinhal Grande, São João do Polêsine e Silveira Martins. Os municípios possuem uma ou duas enfermeiras atuando em Saúde Pública, conforme a Tabela 1.

O primeiro contato com a enfermeira local foi para explicar o trabalho a ser realizado e solicitar a sua participação na pesquisa. Este contato foi através de telefonema, quando foi marcada a data da visita naquele município. Em algumas ocasiões, foi realizada uma visita preliminar para acerto de datas e elucidação do meu trabalho. Nesta ocasião, a enfermeira e seu chefe imediato foram informados do conteúdo da proposta de pesquisa, bem como foi solicitada sua aquiescência em participar da mesma. Para isto, foi utilizada uma autorização (Anexo I), assinada pela enfermeira e o seu chefe imediato. É importante ainda salientar que foram informados sobre cada etapa da coleta de dados, entrevistas e observação das atividades realizadas, e que seu nome não seria divulgado em nenhuma das fases da pesquisa. Neste primeiro contato, foi observada a rotina das suas atividades, bem como acertado o período da observação e entrevista.

TABELA 1 - Distribuição das enfermeiras de Saúde Pública nos municípios que compõem a 4ª Colônia de Imigração Italiana do RS.

Nº	Município	Enfermeiras de Saúde Pública
1	Dona Francisca	2
2	Faxinal do Soturno	1
3	Ivorá	1
4	Nova Palma	2
5	Pinhal Grande	1
6	São João do Polêsine	1
7	Silveira Martins	1
Total		9

Fonte: 4ª Delegacia Regional de Saúde.

Dos sete municípios, as enfermeiras de cinco localidades puderam participar de todas as etapas da pesquisa. Duas não participaram da observação, porque, além de serem a única enfermeira de saúde pública no município, acumulavam o cargo de secretárias de saúde o que, na opinião delas, dificultaria a pesquisa, frente à diversidade de atividades inerentes ao cargo, não dando uma visão adequada do trabalho da enfermeira em saúde pública. Frente a esta situação, nestes casos, foi solicitado o material para análise documental e realizada a entrevista.

3.2 - COLETA DOS DADOS

Considerando-se a proposta de pesquisa, seus objetivos e questões, optou-se por utilizar-se a análise documental, a observação participante e a entrevista, técnicas importantes para fornecer os dados necessários para análise. Foram integrados estes três métodos de coleta, visando a convergência dos dados, através de uma triangulação de método o que, para Polit (1995), representa uma possibilidade de maior credibilidade da pesquisa qualitativa. Para esta autora, “o propósito da triangulação é o de proporcionar uma base de convergência da verdade” (Polit, 1995, p. 211).

A utilização de métodos complementares para coleta de dados, para esta pesquisa, proporcionou maior amplitude dos achados, o que enriqueceu o conjunto dos resultados. Alguns elementos encontrados nas entrevistas eram confirmados através da observação ou nos documentos analisados. Em outras situações, frente aos dados observados, foram levantados questionamentos que vieram esclarecer dúvidas, especialmente em relação à sistemática da realização dos cuidados de enfermagem. No geral, todos os métodos serviram para esclarecer e aprofundar o conhecimento da realidade que pretendíamos conhecer.

3.2.1 Análise documental

Com a finalidade de conhecer a realidade dos municípios em estudo, as políticas de saúde adotadas nestes locais, os documentos que interferem no preparo da enfermeira para atuar nestas atividades e outros que fossem necessários para trazer novas luzes ao estudo, optou-se pela utilização da análise documental. Esta serviu para organizar os dados em categorias relacionadas tanto às características do município, como das atividades em saúde realizadas no mesmo e do preparo da enfermeira para estas atividades.

A análise documental, como diz Bardin (1994), enquanto tratamento da informação nos documentos acumulados, objetiva “dar forma conveniente e representar de outro modo esta informação, por intermédio de procedimentos de transformação” (p.45). Isto facilita o acesso ao pesquisador, uma vez que o propósito a atingir é o armazenamento destes dados sob uma outra forma, mais conveniente para os objetivos perseguidos na pesquisa, a fim de

que se obtenha “o máximo de informação (aspecto quantitativo) com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo)”(p.46). Trata-se, pois, da fase preliminar na organização de um banco de dados para favorecer as análises.

Para realizar esta etapa foram solicitados, em cada município, os documentos correlatos, especialmente os projetos municipais da saúde, a legislação municipal relacionada com o setor saúde e o regimento de enfermagem da secretaria de saúde do município. Os documentos que registram as atividades de preparo da enfermeira em saúde pública da região, a partir das políticas de saúde do estado, foram buscados junto à 4ª Delegacia Regional de Saúde. Para facilitar a organização destes dados, elaborou-se um roteiro específico, denominado Roteiro para Análise Documental (Anexo II), que ordena os dados, de acordo com a proposta desta pesquisa.

3.2.2 - Observação participante

Nesta pesquisa, foi utilizada a observação participante, numa das modalidades trazidas por Minayo (1992), ou seja, Observador-como-Participante. Esta modalidade é empregada freqüentemente como estratégia complementar ao uso de entrevistas, permitindo uma relação maior com os atores. Para a autora, esta é uma observação quase formal, utilizada em curto período de tempo. Este tipo de observação é colocado por Spradley (1980) como moderada participação, na qual o observador mantém um balanço entre a observação e participação, não interferindo diretamente sobre o andamento das atividades propriamente ditas, mas que, ao mesmo tempo, tem algum tipo de influência sobre as mesmas.

A observação participante é considerada por alguns estudiosos do tema como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sobre isto, Minayo (1992) refere que sua importância a coloca não só como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, no sentido de compreensão da realidade estudada.

A concepção da observação participante, enquanto método, tem apontado algumas polêmicas entre as diferentes correntes de pensamento que a tem adotado. Para este trabalho, optamos pela definição de Schwatz e Schwartz, trazida por Minayo (1992, p.135) e Haguette (1992, p.71), que colocam que a observação participante é

um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, coleta dados. Logo, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. O papel do observador participante pode ser tanto formal como informal, encoberto ou revelado, o observador pode dispensar muito ou pouco tempo na situação da pesquisa; o papel do observador participante pode ser uma parte integral da estrutura social, ou simplesmente periférica com relação a ela.

A escolha deste método parece ter sido a mais coerente para este tipo de pesquisa, pois permitiu uma interação face-a-face no contexto cultural, enquanto foram coletados os dados. No caso deste trabalho, o papel de observadora foi revelado no primeiro contato com a enfermeira local. Também acredito que, com minha presença no local, ao mesmo tempo em que a pesquisadora modificou, de alguma forma, a realidade observada, sofreu modificação na interação com o contexto de pesquisa.

A observação foi programada para ser realizada, em cada município, no período de uma semana, durante o horário de trabalho da enfermeira. No contato inicial foi acertada a data melhor para isso. Esta atividade iniciava na segunda-feira e encerrava na sexta-feira, com exceção de três municípios nos quais a enfermeira precisou viajar na sexta-feira para tratar de assuntos ligados ao trabalho ou por problemas pessoais, que surgiram durante a coleta de dados.

A observação foi das ações que a enfermeira realizou naquele período, bem como as intercorrências relacionadas com sua atuação. Para registro dos dados foi utilizado como instrumento o "Diário de Campo" (Anexo III), com a classificação das categorias pré-estabelecidas para análise, apresentadas na seqüência do texto (item 3.3).

Esta semana de observação iniciava na segunda-feira, quando o Posto de Saúde era aberto à população, às sete horas e trinta minutos. A enfermeira apresentava-me a todos os trabalhadores, explicando a razão de minha estada no local. No geral, as pessoas já haviam sido informadas, pela enfermeira, sobre a minha pesquisa. Em seguida, mostrava-me as dependências do posto e a rotina de trabalho. Estava previsto que seria feita uma entrevista no primeiro dia de observação e outra no último dia. Nem sempre foi possível cumprir estas duas etapas distintas, devido aos compromissos da enfermeira, mas sempre foi neces-

sário mais de um momento para complementar todos os itens previstos, bem como esclarecer alguma situação observada.

Nos dois municípios em que havia mais de uma enfermeira trabalhando na Saúde Pública, foi observado mais intensamente o trabalho de uma delas. O critério de escolha foi em relação à maior carga horária de trabalho no posto.

Durante o período de observação permanecia no local onde a enfermeira trabalhava, quer cuidando de alguma pessoa, quer realizando outra ação. Quando o trabalho era a participação em cursos ou palestras com clientes ou agentes de saúde, solicitava a permissão para gravar o que era falado pela enfermeira, o que facilitou a elaboração do diário de campo e a posterior organização dos dados. Quando a situação permitia, mesmo na presença do cliente, anotava o que estava sendo observado. Na maioria das vezes, a enfermeira apresentava-me para o mesmo e solicitava a sua permissão para que eu acompanhasse o seu trabalho.

Esta semana de observações constituiu-se em oportunidade ímpar para meu crescimento pessoal e profissional, pois pude conviver muito próximo com a realidade do trabalho de enfermeiras destes municípios. No primeiro dia, mesmo quando conhecia a enfermeira de outros momentos, o relacionamento era mais distante. À medida em que os dias passavam, crescia o entrosamento, tornando a coleta de dados mais facilitada. No final da semana, quando era encerrado o meu trabalho, já havia um maior vínculo que facilitava a troca de experiências. Nestas ocasiões, algumas enfermeiras ou a secretária de saúde solicitavam a minha opinião sobre o trabalho, sugestões ou busca de estratégias para melhoria dos mesmos. Por outro lado, a possibilidade de aprofundar a minha visão sobre o trabalho das enfermeiras, a troca diária de experiências com as mesmas, criou um clima de encontro interpessoal altamente gratificante e enriquecedor.

3.2.3 - Entrevista

Para se obter dados da percepção da enfermeira sobre suas atividades, bem como a influência de sua formação acadêmica, nos diferentes níveis, foi utilizada uma entrevista. Neste trabalho, a entrevista é parte integrante de outra forma de coleta de dados, a observação participante. Ela ajudou a direcionar a observação, ao mesmo tempo em que a com-

plementou, pois através da opinião colhida com a enfermeira, foram obtidas informações esclarecedoras para a complementação dos dados. Em todos os casos, entre estas duas modalidades de coleta de dados, houve uma interação, num movimento de duas vias, em que uma forneceu dados para a outra.

A entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas no qual o entrevistador tem por objetivo colher dados com o entrevistado. Este processo de interação contém quatro componentes que necessitam ser explicitados: o entrevistador, o entrevistado, a situação da entrevista e o instrumento de captação de dados, ou roteiro de entrevista (Haguette, 1992).

Acredita-se que cada entrevista tem seu impacto social próprio, pois como diz Minayo (1992), não há duas situações iguais, mesmo se tratando dos mesmos atores e do mesmo tema, em ocasiões distintas. Isto se deve a fatores internos, ligados aos interlocutores, e externos, ligados ao contexto da pesquisa, que interferem condicionando a situação. Estes momentos acontecem em fases de interação diferentes entre os interlocutores e podem fornecer elementos fundamentais, pois “tanto o entrevistador como o entrevistado interferem dinamicamente no conhecimento da realidade” (p. 131).

A entrevista, com cada sujeito da pesquisa, foi realizada formalmente no período da observação, no momento mais oportuno, quando havia disponibilidade por parte da enfermeira. À medida em que a observação se dava e novas situações eram vivenciadas, algumas questões foram complementadas, muitas vezes retomando as questões anteriormente trabalhadas. Estes momentos diferenciados trouxeram informações distintas e complementares, que enriqueceram os elementos procurados na investigação.

Foi solicitada a concordância da enfermeira para a gravação da entrevista em fita cassete e, para que a mesma fosse melhor realizada, sem interrupções, procurou-se um local adequado, bem como um horário em que a enfermeira estava disponível. Todas as enfermeiras concordaram em gravar as entrevistas, que foram realizadas em salas do Posto de Saúde ou na Secretaria de Saúde do Município.

A entrevista constituiu-se de questões abertas e fechadas, visando conhecer o pensamento das enfermeiras sobre o seu trabalho e a sua formação acadêmica. O roteiro que orientou as entrevistas encontra-se no Anexo IV e foi denominado “entrevista com a enfermeira”.

3.3 - ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Nesta fase, o pesquisador opta por uma determinada técnica para analisar seus dados, e é desta escolha e, principalmente, da sua utilização adequada, que resultará um trabalho que reflita a realidade e seja aceitável do ponto de vista acadêmico. É neste momento que o material acumulado durante meses de contato com os informantes tomará um formato mais ou menos coerente com a realidade do estudo.

A análise de dados qualitativos pode ser feita de diferentes formas, mas basicamente busca atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo (Minayo, 1992).

Para Bardin (1994), o desejo de rigor e a necessidade de descobrir, de adivinhar, de ir além das aparências são dois pólos fundamentais, que têm influenciado historicamente a análise de conteúdo. Por esta razão, os dois objetivos centrais desta análise são a ultrapassagem da incerteza (se o que eu penso ver na mensagem está realmente lá e pode ser partilhada por outros) e o enriquecimento da leitura (se por um lado o olhar imediato, espontâneo é por si fecundo, uma leitura atenta poderá aumentar a compreensão e pertinência). Isto significa que, para a analista, é tão importante compreender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, como desviar o olhar para um outro significado, uma outra mensagem percebida através ou ao lado da primeira mensagem. Para a autora, trata-se da busca de outros significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc.

3.3.1 - Categorias para análise dos dados

Neste estudo, foram utilizadas algumas categorias de análise das atividades das enfermeiras que atuam nos postos de saúde da região, já pré-estabelecidas, de acordo com os conceitos básicos da pesquisa: comunidade rural, cuidado de enfermagem e preparo da enfermeira.

Em relação ao conceito “**comunidade rural**” utilizou-se a categoria: caracterização de comunidade rural, com a caracterização do município, a relação urbano/rural, o sistema de saúde local, os problemas de saúde do município e as atribuições da enfermeira. Por esta razão, a descrição do contexto do estudo está contida no capítulo que trata dos resulta-

dos da pesquisa (capítulo 4) e não neste que descreve a metodologia, local onde normalmente é feita a contextualização da pesquisa.

No que se refere ao conceito “**cuidado de enfermagem**”, foram elaboradas as categorias de acordo com a natureza da atividade desenvolvidas pelas enfermeiras e serviu para a classificação dos dados nos períodos de coleta e análise. Assim, quanto à natureza da atividade, estabelecemos as seguintes categorias: cuidando do ser humano, cuidando do cuidado, cuidando de si, cuidando da equipe e cuidando do trabalho.

Para este estudo, considera-se **cuidando do ser humano** aquele cuidado realizado pela enfermeira com a presença da pessoa cuidada. O **cuidando do cuidado** é aquele que não é realizado na presença da pessoa cuidada, mas que exige conhecimento de enfermagem para realizá-lo e o manejo técnico, próprio do cuidado. É todo trabalho que permite de alguma forma a organização do cuidado para ser realizado adequadamente com as pessoas, através do cuidado humano. Nesta categoria, enquadram-se também, para esta pesquisa, a administração em enfermagem, englobando as suas etapas, como o planejamento, a educação em serviço, o gerenciamento, a avaliação, entre outras. Quando a enfermeira realiza algum cuidado para si mesma, este será classificado como **cuidando de si**. As ações da enfermeira com relação à equipe de enfermagem ou equipe de saúde, serão relacionadas com o **cuidando da equipe**. O **cuidando do trabalho** será considerado aquele em que a enfermeira realiza, mas que algum outro componente da equipe ou administrador pode executar e que não exige conhecimentos específicos de enfermagem.

O terceiro conceito, o “**preparo da enfermeira**” para desenvolver o cuidado, baseado no relato das enfermeiras nas entrevistas, foi organizado de acordo com as categorias: preparo formal e preparo informal e de outras categorias emergentes dos dados colhidos.

3.3.2 - Análise dos dados

Na busca de interpretar os elementos encontrados nas diferentes formas de captação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, a fim de atingir os significados manifestos e latentes. Esta análise foi constituída de três fases, como refere Minayo (1992), ao abordar a análise temática: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A **pré-análise** foi a fase em que o conjunto de dados obtidos foram organizados para uma análise mais aprofundada. Nesta etapa, foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas, tanto a partir das observações e entrevistas, como da análise documental. Esta leitura inicial permitiu já uma pré-categorização de alguns dos dados, como os obtidos através da observação participante. Foi também constituído um “corpus”, contendo os elementos organizados do material obtido através da análise documental e entrevista.

Com estes elementos em mãos, foi possível a **exploração do material**, buscando a categorização nos elementos pré-estabelecidos, bem como nas categorias emergentes. Esta fase, com as idas e vindas ao material, na busca de significados e agrupamento de dados, permitiu o emergir de temas ou categorias que tinham significado no contexto dos objetivos desta pesquisa.

A terceira etapa, constituída pelo **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, foi o momento em que, a partir da organização dos dados, buscou-se o seu significado. Nesta última fase, foram feitas interpretações a partir do marco teórico proposto, bem como inferências que tentam esclarecer os achados da pesquisa. Esta análise permitiu a apreensão do caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como favoreceu a possibilidade de captar os significados da experiência vivenciada para compreender os indivíduos em seu contexto.

Como a pesquisa foi realizada em vários municípios, o resultado de cada um passou a constituir um novo elemento que foi analisado e agrupado com os demais, buscando-se uma síntese integradora visando atingir os objetivos e comprovar a tese proposta.

Com o propósito de testar o referencial teórico, a proposta metodológica e os instrumentos que seriam utilizados na pesquisa, foi desenvolvido um estudo piloto, buscando viabilizar as diferentes etapas. Para isto foi escolhido um município com características semelhantes e próximo à região onde seria desenvolvida a pesquisa. Um dos municípios que se identifica com estes parâmetros é o de Itaara, região dos balneários, distando 22 km de Santa Maria, onde foi realizado o estudo piloto. Esta experiência proporcionou maior segurança na utilização das diferentes formas de realização da pesquisa.

Para melhor visualizar as relações entre os conceitos básicos fundamentados na literatura, os métodos de coleta de dados e as categorias de análise de dados, foi elaborado um esquema ilustrativo, representado no Quadro 1.

QUADRO 1 - Relações entre os conceitos básicos, os métodos de coleta de dados e as categorias de análise de dados.

CONCEITOS	MÉTODO DE COLETA DE DADOS / INSTRUMENTOS	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	
COMUNIDADE RURAL	ANÁLISE DOCUMENTAL INSTRUMENTO: ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL (Anexo II)	CARACTERIZAÇÃO DE COMUNIDADE RURAL Do município: <ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do município • Relação urbano/rural • Sistema de saúde local • Problemas de saúde • Atribuições da enfermeira 	
CUIDADO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO INSTRUMENTO: DIÁRIO DE CAMPO (Anexo III)	Quanto à natureza do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidando do ser humano • Cuidando do cuidado • Cuidando da equipe • Cuidando de si • Cuidando do trabalho
PREPARO DA ENFERMEIRA	ENTREVISTA INSTRUMENTO: ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA (Anexo IV)	Preparo formal	<ul style="list-style-type: none"> • Graduação • Estágios • Pós-graduação
		Preparo informal	<ul style="list-style-type: none"> • Educação continuada

A integração entre os conceitos, métodos de coleta de dados e categorias de análise não é estanque. Isto significa que, por exemplo, os dados relacionados com o cuidado na enfermagem foram coletados mais intensamente através da observação, mas foram complementados através das entrevistas e análise documental. Os dados relacionados com a caracterização do município como rural, foram oriundos de análise documental, mas também foram enriquecidos com entrevistas e observações na comunidade. E os dados referentes ao preparo da enfermeira foram originários das entrevistas, mas tiveram complementação através da análise documental e observação.

Na tentativa de dar uma idéia da integração dos conceitos utilizados no referencial teórico e os métodos de coleta de dados, foi elaborada a Figura 2.

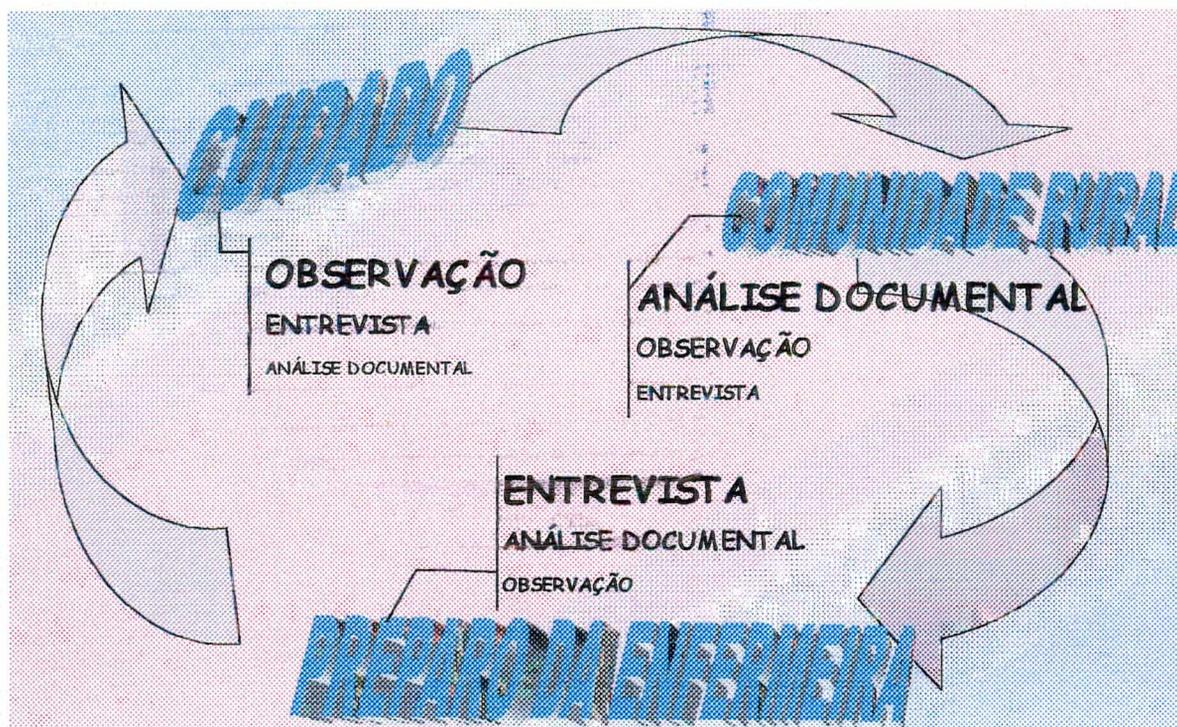


FIGURA 2 - Integração entre os conceitos e métodos de coleta de dados.

No projeto de tese estava previsto um segundo grupo de categorias para a análise das atividades das enfermeiras, conforme a classificação proposta por Leininger (1991, 1995). Nestas categorias adotar-se-iam as formas de abordagem da enfermeira em relação às pessoas cuidadas, para guiar o julgamento, decisão ou ação para prover cuidados congruentes. Nesta proposta, para que o cuidado de enfermagem seja culturalmente adequado, as decisões e ações da enfermeira podem ser de três formas: preservação ou manutenção do cuidado cultural; acomodação ou negociação do cuidado cultural; reestruturação ou remodelação do cuidado cultural. Estes três modos de ação exigem que o profissional discuta com as pessoas cuidadas suas idéias para alcançar e manter um cuidado de enfermagem culturalmente congruente. Na ocasião da coleta e análise dos dados, percebi que se tornaria inviável esta classificação, porque as enfermeiras não têm como referencial este sistema de trabalhar no seu dia a dia.

Geralmente, a descrição do contexto de estudo é inserida no capítulo que trata da metodologia. Neste trabalho, preferiu-se fazer a contextualização no capítulo seguinte, no qual são descritos os resultados, pois trata-se de parte dos dados coletados nesta pesquisa, o que permite uma maior integração na seqüência dos elementos evidenciados.

Em todas as etapas deste trabalho houve a preocupação com as questões éticas, levando em consideração a Resolução nº 196/96 (Brasil, 1996), sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, buscou-se o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa, através da apresentação do projeto de tese e assinatura de autorização para que fosse realizada a observação do trabalho e a entrevista com a enfermeira, conforme consta no Anexo I.

Para manter o sigilo e anonimato das enfermeiras, optou-se por não constar em nenhuma fala o nome verdadeiro, nem nome fictício, pois, pelo pequeno número de participantes, poderiam ser facilmente identificadas, através do local de trabalho, o que não permitiria a privacidade e confidencialidade das mesmas.

4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram organizados de acordo com os conceitos e categorias pré-estabelecidas e de outras que emergiram da análise dos dados. Neste capítulo é apresentado, inicialmente, o conceito **comunidade rural**, no qual são caracterizados os municípios estudados, através dos aspectos históricos e o contexto de estudo. No contexto de estudo é descrita a organização do Sistema de Saúde local. Em um segundo momento é trabalhado o conceito **cuidado na enfermagem**, no qual é feita a descrição das enfermeiras e de seu trabalho, sendo, também, apresentadas as categorias do cuidado. Na última parte é analisado o conceito **preparo da enfermeira**, no qual são evidenciadas as opiniões das enfermeiras relativas ao preparo formal e informal, necessário para trabalhar nestas comunidades.

4.1 - COMUNIDADE RURAL

A abrangência do estudo foi delimitada aos sete municípios que constituem a **4ª Colônia de Imigração Italiana**. Estes municípios, originalmente pertencentes à Colônia de Silveira Martins, são histórica, geográfica, social e economicamente tidos como rurais. Sua população, direta ou indiretamente, sobrevive dos produtos originários da terra e tem as características sociológicas e culturais atribuídas às comunidades rurais: a relação direta com a natureza e a relação estreita entre os seus membros. Para Rossato (1998), estes municípios, além de possuírem características sociológicas rurais, têm um comportamento assemelhado ao rural, embora juridicamente sejam considerados urbanos. Além desta caracterização, esta população apresenta outro elemento de fundamental importância: o caráter familiar da produção, não só na maneira como é organizado o processo de trabalho,

mas nos processos de transferência hereditária e sucessão profissional. Então, ao tratarmos as questões de saúde desta população com um enfoque sócio-cultural, bem como a inserção da enfermeira neste contexto, é de fundamental importância esta caracterização, pois dela depende uma série de análises que serão feitas no decorrer deste trabalho.

4.1.1 - Aspectos histórico-geográficos

A chamada Quarta Colônia de Imigração Italiana fica inserida na Encosta do Planalto, no centro do Estado do Rio Grande do Sul, na Serra de São Martinho, distando entre 250 e 320 Km de Porto Alegre e entre 30 e 60 Km de Santa Maria. É constituída pelos municípios de Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Ivorá, Nova Palma, Pinhal Grande, São João do Polêsine e Silveira Martins.

Foi no ano de 1877 que chegaram os primeiros italianos ao local, atendendo à política de ocupação do estado. Vários autores, dentre eles De Boni e Costa (1979), Giron (1980) e Marin (1991) são unânimes em afirmar que, na verdade, a vinda dos italianos ao Brasil, em especial ao Rio Grande do Sul, atendia ao interesse dos dois países: por um lado, havia a necessidade de ocupar as terras do sul do país, em constante ameaça pelos conflitos com os espanhóis e, por outro, a expansão capitalista do final do século passado nos países europeus, que resultou na concentração dos meios de produção e a formação de um excedente populacional sem terra e sem trabalho. As terras oferecidas aos imigrantes era o que restara dos latifúndios pecuaristas. Eram montanhosas e pedregosas e por isto foram desprezadas pelos pecuaristas gaúchos. Para De Boni e Costa (1979), a colonização italiana, tal como a alemã e, mais tarde, a polonesa, apresentava-se para a sociedade brasileira como algo revolucionário. Na análise dos autores, ela representava uma nova possibilidade de crescimento pois, “ao latifúndio, opunha-se a pequena propriedade; à monocultura, à policultura; à escravidão, o trabalho familiar. Sua célula de produção era a família (...) e não a grande unidade do engenho, da fazenda ou da estância” (p. 83).

As primeiras levas de imigrantes chegaram por via fluvial até Rio Pardo, seguindo em carretas de bois ao novo núcleo colonial e, após quinze dias de peregrinação, chegavam ao Barracão dos Imigrantes, onde permaneciam meses à espera da divisão dos lotes colo-

niais. Vinham com o sonho da América. Aqui criariam a "Città Nuova". Procuravam terras mais parecidas com as terras da Península, e aqui encontrariam o pequeno pedaço de terra que tanto almejavam, adquirindo o que sobrara das terras não ocupadas pelos latifúndios do Rio Grande do Sul. Ao interpretar o sonho do imigrante, na possibilidade de tornar-se proprietário de seu espaço, Santin (1986) diz que, ser proprietário era a grande ambição, ele seria o dono de suas terras, de sua produção, de seus negócios. Um outro fator que caracterizou a colonização italiana do Rio Grande do Sul, para De Boni e Costa (1979), e que a difere dos grandes centros de imigração italiana do mundo, é o fato de os imigrantes constituírem-se, em sua maioria, de famílias. Mais de 85 % dos homens adultos eram casados e haviam partido com seus familiares, o que caracteriza a colonização gaúcha como obra de família e não de indivíduos isolados.

No caminho, encontraram imigrantes poloneses que deixavam este local, em busca de outras terras. O Barracão dos Imigrantes ou Barracão de Val de Buia, ficava ao pé da Serra, na localidade hoje denominada Val de Buia. A quarta expedição chegou em maio de 1878, não estando ainda completa a medição dos lotes, sendo os imigrantes obrigados a juntar-se em barracas, com aglomeração de famílias, facilitando com isso o aparecimento de uma epidemia que determinou a morte de boa parte deles. Muitos morreram, num total aproximado de quatrocentas pessoas, dizimadas pela peste que se abateu sobre o acampamento. Com o aparecimento da peste, logo foi apressada a divisão das terras, sendo que cada família recebeu um machado, uma foice, um facão, uma enxada e sementes de feijão, milho e batatas (Santin, 1986; 1990).

A estrutura fundiária de Silveira Martins, já no seu surgimento, foi limitada a pequenos lotes, em média de 25 hectares, nas encostas e topos das serras, uma vez que as planícies e os vales já eram ocupados pelas grandes propriedades pecuaristas. Esses lotes, as colônias, originam a denominação do seu proprietário, o "colono", o pequeno agricultor, ou camponês.

Inicialmente, Silveira Martins foi a sede da Quarta Colônia. Garibaldi, Bento Gonçalves e Caxias do Sul constituíram as três primeiras colônias. A vila foi fundada em 19 de maio de 1877. Em 1886, a colônia foi desmembrada por decreto imperial, sendo repartida entre os municípios de Júlio de Castilhos, na época Vila Rica, Cachoeira do Sul e Santa Maria, que ficou com a sede. Sobre isso, Isaia (1990) diz que, com a extinção da Colônia

de Silveira Martins e sua incorporação a municípios da região, começou a definir o sonho da criação da “Città Nuova” no Brasil.

Os núcleos originários da antiga colônia tiveram um crescimento lento, devido às grandes distâncias das sedes dos municípios, ao estado precário das estradas, à falta de assistência social e ao isolamento. A dependência político, administrativa e econômica dos municípios tornava ainda mais difícil a vida dos colonos. Ao fazer uma análise histórica da situação desta colônia, Santin (1986) destaca que talvez a falta de desenvolvimento da Colônia de Silveira Martins, tal como aconteceu com as demais colônias do norte do Rio Grande do Sul, deva-se ao fato de estar próxima a um centro urbano, a cidade de Santa Maria que, de certa forma, acomodou os imigrantes pelo acesso mais próximo de recurso. Isto fez com que não houvesse um investimento maior na criação de recursos locais. De certa forma, o centro urbano tornou-se um atrativo para os colonos e seus descendentes. O apogeu econômico da região ocorreu na década de 1950. Porém, notícias de terras melhores, planas e com a possibilidade da utilização da tecnologia agrícola crescente, impossíveis de serem utilizados nas regiões de encosta da antiga colônia, o crescimento da família e o empobrecimento da população, fez com que parcelas de imigrantes e descendentes buscassem outras regiões. A expectativa de uma vida melhor, um futuro promissor para seus filhos fez com que levas de trabalhadores rurais abandonassem a Serra de São Martinho, tornando-se grandes lavoureiros, ou passando a trabalhar em centros urbanos como Santa Maria. Houve uma nova imigração para outras localidades do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e, mais tarde, para estados do centro-oeste e norte do Brasil. Isto se torna calamitoso para a Colônia, especialmente porque a faixa etária dos emigrantes era de 15 a 30 anos, que levam consigo o sonho de prosperidade da região (Piovesan, 1993). Aquele colono que fica no local, rodeado pelas serras, devido ao isolamento, preserva suas tradições originais, representadas pela moradia, pelos costumes, pela visão de mundo, pela mistura dialetal, o que representa um sentimento de vergonha, pela dificuldade de comunicação e por ser logo reconhecido, quando chegava às cidades como o “colono”. Este fato é referido por Piovesan (1993) como a preservação por estancamento, uma vez que não resta outra alternativa ao habitante destas montanhas.

Somando-se a todos estes fatores que impediam o desenvolvimento e facilitavam a saída do trabalhador rural de suas terras, Piovesan (1993), ao fazer uma análise histórica da escola entre os imigrantes italianos de Nova Palma, conclui que, ao longo dos anos, houve

uma intenção urbanizadora da escola. Para o autor, “o caminho que ela melhor apontou (...) foi o caminho da fuga da vida rural, o êxodo rural. A escola católica, com sua base humanista tradicional, muito bem representou o papel intermediário, a fim de preparar a juventude rural para o modelo capitalista urbano” (p. 114). Para a autora, ser filho de colono ainda hoje é motivo de vergonha para alguns. O sonho do emprego na cidade persiste, fugindo então do abandono em que se encontra a vida rural. Assim, a escola não possibilita um caminho para a superação dos problemas, sendo “inútil no sentido de auxiliar o homem rural a refletir sobre sua vida, sua cultura. Não foi capaz de auxiliá-lo a trabalhar melhor com sua terra, tornando-a mais rentável e mais animadora” (p. 115), nem tampouco melhorando sua auto-estima.

Santin (1990), ao analisar o significado do patrimônio histórico-cultural de Silveira Martins, diz que “há um consenso generalizado de que é fundamental recuperar e preservar o passado, não só o passado cultural, mas também o passado ecológico como garantia de sobrevivência da própria humanidade (...) como exigência primeira para se pensar uma sociedade mais humanizada” (p. 7). Isto significa também, segundo o autor, reencontrar as raízes dos projetos que conduziram esta comunidade a este estágio de desenvolvimento. Para ele, o que garantiu o nascimento de Silveira Martins, além do traçado urbano, a demarcação e distribuição de lotes urbanos e rurais, foi a composição de crenças religiosas, de correntes políticas, de interesses econômicos e de valores morais.

Através de movimentos locais, os antigos núcleos de imigrantes iniciaram processos de emancipação, que se deram a partir de 1959, com a criação do município de Faxinal do Soturno; 1960, Nova Palma; 1965, Dona Francisca; 1987, Silveira Martins; 1988, Ivorá; 1992, São João do Polêsine e Pinhal Grande. Hoje persiste, ainda, anseios de emancipação de algumas localidades, como Vale Vêneto, distrito de São João do Polêsime, onde são realizados eventos importantes, como o Festival de Inverno da Universidade Federal de Santa Maria.

Nos últimos anos há um crescente movimento em torno do desenvolvimento desta região. Alguns moradores, administrações municipais e setores da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), preocupados em criar alternativas de crescimento das potencialidades locais, têm se voltado para a elaboração de projetos que visam ao resgate do patrimô-

nio histórico-cultural da antiga colônia, bem como a busca de alternativas que viabilizem a melhoria das condições de vida e de trabalho dos moradores destes municípios.

Percebe-se, com isso, uma retomada da valorização do imigrante, seu patrimônio cultural, em atividades das escolas municipais, nas reuniões comunitárias e nas programações das administrações municipais, através do ecoturismo e de programações culturais na agenda de cada município da Quarta Colônia. Todo o ano, na semana do aniversário de cada um dos municípios, é prevista uma extensa programação, na qual são valorizados os elementos culturais, ecológicos e turísticos. Cada um destes municípios tem seus próprios encantos, pela exuberância da natureza e pela possibilidade do resgate do patrimônio histórico-cultural, que tem proporcionado a valorização das atividades étnico-culturais da região.

4.1.2 - O contexto do estudo

Foram analisados dados dos sete municípios através dos Planos Municipais de Saúde, entrevistas com secretários de saúde, informações de publicações locais e estatísticas do DATASUS, banco de dados do Sistema Único de Saúde, página da Internet do Ministério da Saúde e diário de campo, com as observações e entrevistas com as enfermeiras. No Censo de 1996 foi constatada a população nestes municípios, como consta na Tabela 2.

TABELA 2 - População urbana e rural dos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS.

Município/ População	Urbana		Rural		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dona Francisca	2.154	57,3	1.606	42,7	3.760	100
Faxinal do Soturno	3.988	58,5	2.826	41,5	6.814	100
Ivorá	686	26,4	1.912	73,6	2.598	100
Nova Palma	2.335	38,4	3.756	61,6	6.091	100
Pinhal Grande	1.168	26,7	3.215	73,3	4.383	100
São João do Polésine	983	37,5	1.640	62,5	2.623	100
Silveira Martins	752	30,0	1.755	70,0	2.507	100
Total	12.066	39,3	16.710	60,7	28.776	100

Fonte: IBGE, 1996

Analisando os dados da Tabela 2, percebe-se que a população total dos sete municípios compreende 28.776 habitantes, sendo que destes, 12.066 habitantes (39,3%) residem

em áreas urbanas e 16.710 habitantes (60,7%), em áreas rurais. Do total dos municípios, somente Dona Francisca (57,3%) e Faxinal do Soturno (58,5%) possuem mais habitantes na zona urbana em relação à rural.

A Tabela 3 apresenta a **ocupação** da população por setor, sendo que o setor primário compreende a agricultura, a pecuária e a silvicultura; o setor secundário, as indústrias, as madeireiras e outros; o setor terciário, o comércio e os serviços.

TABELA 3 - Percentual da população ocupada nos setores, nos municípios da Quarta Colônia de imigração italiana do RS.

Município	Setor Primário %	Setor Secundário %	Setor Terciário %	Fora do Mercado de Trabalho³ %	Total
Dona Francisca	88,0	2,0	10,0	-	100
Faxinal do Soturno	67,0	11,5	21,5	-	100
Ivorá	63,3	0,1	12,9	23,7	100
Nova Palma	47,0	19,0	34,0	-	100
Pinhal Grande	NC ⁴	NC	NC	-	NC
São João do Polêsine	70,0	10,0	20,0	-	100
Silveira Martins	70,0	20,0	10,0	-	100
Média	67,5	10,4	18,1	4,0	100

Fonte: Planos Municipais de Saúde dos Municípios da Quarta Colônia, 1997/1998.

Como decorrência da distribuição do maior contingente populacional na zona rural, encontra-se o maior percentual de ocupação no setor primário em todos os municípios, numa média de 67,5%. Comparando-se os dados dos percentuais de população rural (60,7%), nota-se que quase 7% da população considerada urbana, trabalha no setor primário. Estes dados permitem caracterizar estes municípios como sendo essencialmente rurais, pois mesmo considerando a população da sede dos distritos como urbana, a maioria dos habitantes reside na área rural e vive de trabalho desta natureza. Considerando a tendência das últimas décadas, de expulsão do meio rural de um contingente considerável de agricultores, percebe-se que o setor que abrange estes trabalhadores, é o que tem propiciado

³ Compreende toda a população independente de idade e faixa laboral. Este dado consta apenas neste município.

⁴ NC - Não consta este dado, porque o município não possuía Plano Municipal de Saúde, no período da coleta de dados.

maior oportunidade de trabalho. Inclusive nos municípios nos quais há uma maior população urbana, a ocupação maior é no setor primário. Isto vem reforçar os dados recentes de trabalhos originários de análise do censo de 1996, onde a agricultura familiar aparece como importante expressão social e econômica, como refere Abramovay (199-, p. 1).

a principal particularidade social da organização do trabalho na agropecuária reside na importância da mão-de-obra familiar. É possível até que se localize algum outro setor da economia em que o "auto-emprego" tenha relevância tão grande: mas no caso da agropecuária, o que chama a atenção é que além de seu peso social (expresso na grande quantidade de estabelecimentos e no predomínio absoluto das unidades produtivas onde o essencial da mão-de-obra vem de membros da família), a agricultura familiar tem inegável expressão econômica.

A questão sócio-econômica relacionada à agricultura familiar vem trazendo muitas discussões na atualidade, especialmente no que se refere à solução de problemas importantes, como a manutenção e recuperação do emprego, a redistribuição da renda, a garantia da soberania alimentar do país e a construção do desenvolvimento sustentável. A agricultura familiar tornou-se um setor estratégico, pois, segundo Schuch, (2000), ela emprega hoje, no Brasil, cerca de 80% das pessoas que trabalham na área rural, representando cerca de 18% do total da população economicamente ativa. Também é responsável pela produção de 80% dos alimentos que chegam à mesa dos brasileiros. Segundo dados da ASSESOAR⁵(2000), a agricultura familiar produz 71% do milho, 85% do feijão, 72% do leite, 86% dos suínos, 80% da uva e quase o total da carne de aves; além de contribuir para a geração de oportunidades de trabalho e renda com um custo três vezes menor que o custo de um emprego urbano.

Em relação à **educação**, a taxa de analfabetismo média, nos quatro municípios onde consta este dado no Plano Municipal de Saúde, é de 6,7%. Em todos os municípios existem Escolas de Ensino Fundamental e Médio, da Rede de Ensino Municipal e/ou Estadual. O acesso ao Ensino Superior, para os habitantes destes municípios, se dá através das Universidades e Centros de Ensino Superior localizados nas cidades próximas, como Santa Maria, Cachoeira do Sul e Santa Cruz do Sul.

⁵ - Associação de Estudos, Orientação e Assistência Rural, de Francisco Beltrão, Paraná.

No que se refere às condições de **habitação**, na grande maioria dos municípios, as casas são de alvenaria, madeira ou mistas, sendo que a existência de barracos é referida em 1% das casas de Dona Francisca (1998) e “alguns barracos” em Faxinal do Soturno (1998). A **rede elétrica** atinge de 88,7% a 100% das residências, tanto rurais como urbanas. O **abastecimento de água** é feito pela rede pública (CORSAN) na sede de alguns municípios como Nova Palma (1998), Dona Francisca (1998) e Faxinal do Soturno (1998) (60% da zona urbana). Nos demais municípios e na zona rural, em todos os municípios, a água é proveniente de poços artesianos, fontes (vertentes) e poços rasos, sem tratamento. O **esgoto** não possui estação de tratamento, sendo que na grande maioria dos municípios são utilizadas fossas sépticas, latrinas e céu aberto. O **lixo** é recolhido na zona urbana, em todos os municípios, sendo que o município de Dona Francisca (1998) possui uma usina de reciclagem. Na zona rural, o lixo é queimado, enterrado, jogado a céu aberto ou recolhido de duas vezes por semana a uma vez por mês. Os municípios de Faxinal do Soturno (1998) e Dona Francisca (1998) possuem áreas sujeitas a inundações, pela proximidade dos rios que circundam os municípios.

A **organização social** dos municípios é constituída, em geral, pelo escritório municipal da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), Pastoral da Saúde, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Associação de Mulheres Trabalhadoras Rurais, Centros Comunitários, em cada uma das comunidades rurais, Clubes Recreativos e Esportivos, Grupos de Terceira Idade, Clubes de Mães. Além disso, cada município possui alguns conselhos, como o Conselho de Desenvolvimento Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal da Criança e Adolescente, Conselho Municipal de Política Agrícola, Conselho Municipal de Educação. Alguns municípios possuem, ainda, o Grupo de Alcoólicos Anônimos, como Ivorá (1998), Faxinal do Soturno (1998), Nova Palma (1998), Dona Francisca (1998) e São João do Polêsine (1998).

A influência da Igreja Católica, nesta região, tem sido uma constante, especialmente na organização social, como a Pastoral da Saúde e em todas as atividades locais. Percebe-se a necessidade sentida da participação religiosa, seja pela presença do padre ou de alguma pessoa ligada à igreja. Os grupos de terceira idade são um exemplo específico desta realidade. A reunião, em geral, inicia com alguma atividade religiosa, missa, celebração ou oração, com cantos religiosos, seguida por uma palestra de tema de interesse do

QUADRO 2 - Principais problemas dos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS, evidenciados nos planos municipais de saúde.

Município	Principais Problemas
Dona Francisca	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de local seguro para embalagem de agrotóxicos e falta de conscientização dos danos que podem causar à saúde e ao meio; - assoreamento dos arroios e rios; - falta de conscientização da população, na separação do lixo seco nas residências; - manejo inadequado da usina de lixo, aumentando os insetos e mau cheiro; - falta de recursos de materiais especializados no hospital; - falta de profissionais especializados na saúde. - falta de opções de emprego.
Faxinal do Soturno	<ul style="list-style-type: none"> - Habitações insalubres nas vilas e zona rural; - falta de instalações sanitárias adequadas e eletricidade em algumas casas; - consumo de água de fontes contaminadas, principalmente na zona rural; - falta de tratamento adequado para o esgoto; - focos de moscas e mosquitos; - contaminação nas lavouras de várzeas pelo uso de herbicidas, pelo desmatamento e mau uso do solo; - resíduos de agrotóxicos pelos depósito de lixo e vasilhame; - alto índice de mortalidade por problemas cardíacos, respiratórios e neoplásicos; - alto índice de partos cesáreos; - baixo grau de escolaridade.
Ivorá	<ul style="list-style-type: none"> - Regiões de difícil acesso, por ser montanhosa; - umidade excessiva provocando problemas respiratórios; - doenças relacionadas com o cultivo do fumo; - exposição dos agricultores aos fatores climáticos; - alto índice de câncer de pele pela excessiva exposição ao sol.
Nova Palma	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de lugar seguro para depósito de embalagens de agrotóxicos; - falta de conscientização e uso inadequado dos agrotóxicos, causando danos à saúde e meio ambiente; - contaminação dos arroios pelo esgoto da cidade e embalagens de agrotóxicos e óleo diesel; - problemas de habitação e falta de saneamento básico em locais da cidade e precárias condições no interior; áreas sujeitas a inundações.
Pinhal Grande	<ul style="list-style-type: none"> - Não consta este dado.
São João do Polêsine	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de oferta de empregos; - falta de incentivo no setor agrícola; - escassez de água para irrigação; - pequeno número de indústrias; - poucas opções de lazer; - poucos locais para depósito de vasilhames de agrotóxicos; - contaminação e má conservação das fontes e poços rasos na zona rural; - falta de saneamento em algumas vilas; - poluição dos rios e cursos de água por fertilizantes e agrotóxicos; - focos de mosquitos na zona urbana e rural; - falta de tratamento e destino final de esgoto; - área sujeita a inundações.
Silveira Martins	<ul style="list-style-type: none"> - População de situação econômica instável (6%) sem trabalho fixo; - meio ambiente agredido por agrotóxicos pelo cultivo da batata inglesa.

Fonte: Planos Municipais de Saúde dos Municípios da Quarta Colônia, 1997-1998.

grupo, às vezes ligado à área da saúde. Após, é realizada a verificação de pressão arterial, pela enfermeira e/ou auxiliar de enfermagem, encerrando com um chá, organizado pela prefeitura ou mesmo pela associação da terceira idade. Em alguns locais, o encontro tem ainda a possibilidade de realização de atividades livres, como trabalhos manuais. A influência da Igreja Católica entre os descendentes de Imigrantes Italianos é encontrada em várias partes do mundo, especialmente nos Estados Unidos e demais locais de imigração italiana no Brasil, como pode ser constatado nos trabalhos de Leininger (1991), De Boni e Costa (1979), Denardin (1999), entre outros.

Outro item importante, que consta nos Planos Municipais de Saúde da Região, é a relação dos **problemas dos municípios**. No Quadro 2 há uma síntese dos principais problemas descritos nos planos municipais de saúde e que influenciam a situação de saúde local.

Os problemas principais referidos nos Planos Municipais de Saúde e que afetam todos os municípios estão relacionados com o setor agrícola, sendo o uso intensivo do solo e de agrotóxicos, a poluição de rios ou cursos de água por fertilizantes e agrotóxicos e falta de local apropriado e seguro para depósito de embalagens de agrotóxicos, os mais comuns. Outro problema comum a estes municípios é a falta de incentivo no setor agrícola, levando ao aumento do desemprego tanto na zona urbana como rural. A falta de tratamento da água e do esgoto em grande parte da região, constitui-se em um dos pontos vulneráveis e que têm ocasionado problemas de saúde. A depredação ambiental ao longo dos anos tem sido uma constante, o que tem determinado a ação conjunta das Secretarias de Agricultura e Emater no sentido de organizar atividades de conscientização dos agricultores e suas famílias.

A discussão da questão rural tem relação direta com alguns problemas da atualidade, relacionados com o meio ambiente. A poluição ambiental determinada pelo uso indiscriminado e abusivo de agrotóxico é evidenciada na maioria dos municípios. Somando-se a isso, há a manipulação inadequada, sem a devida proteção, recomendada pelo produto. Este é um problema que tem sido levantado, mas que bem pouco tem sido feito para solucioná-lo. Em entrevista com uma das enfermeiras da região, há o seguinte depoimento em relação ao uso indiscriminado e intensivo de agrotóxicos:

... na semana passada estava conversando com a extensionista, ela disse que um dia perdeu a paciência com um agricultor e disse: "mas não existe

mais o 'enxadaox'? então, até na horta tu usas um secante, o perigo que traz isso..." E a gente tem batalhado muito, sempre procura colocar essas coisas. Numa horta, por exemplo, tu não admities. E a gente ainda tem certas dificuldades, dentro da própria administração municipal, para cuidar das ruas, de repente tu enxergas uma grama que está amarela. Não amarelou por nada. Quando é que fizeram isso? Ai tu descobres, há tanto tempo passaram o "Roundup⁶" e o rio cruzando no meio da cidade, para onde vai tudo isso? Então tem dificuldades...

Como pode ser percebido por este depoimento, muitos agricultores ainda têm dificuldade de perceber o significado do uso dos agrotóxicos em relação aos danos à saúde. A facilidade trazida pela manipulação destes produtos, que poupa uma mão de obra significativa, especialmente na capina de ervas daninhas, passou a ser utilizada tanto nas lavouras quanto nas hortas e nas calçadas do município. Isto faz com que o trabalhador não utilize mais os instrumentos tradicionais, como a enxada, mesmo para atividades simples, como as referidas pela enfermeira.

Glock (2000, p. 1) afirma que "a 'revolução verde' da década de 50 criou uma geração de agricultores doentes. Os danos se espalham pelo corpo, ultrapassam a pele e podem estar afetando até a saúde mental". Em senso realizado pela prefeitura do município de Nova Petrópolis, região da Serra Gaúcha, no período de 1995 e 1996, revela-se que o contato com agrotóxicos pode estar levando os agricultores a um estado permanente de desânimo, ansiedade e insônia, com comprometimentos neurológicos. Carvalho, apud Glock (2000), diz que sintomas como a depressão, nervosismo, dor de cabeça e insônia ficam dissimulados em meio às incertezas econômicas, sendo relegados a um segundo plano. Chama atenção o número de residentes no meio rural que admitiam fazer tratamento psiquiátrico e adotar medicamentos contra a ansiedade. Dos 4.549 domicílios visitados, em 26% das residências do meio rural, alguém fazia tratamento psiquiátrico, sendo que no meio urbano o índice era de 14%. Os medicamentos mais utilizados eram ansiolíticos, seguidos dos indutores do sono. Estes dados são alarmantes, pois a exposição prolongada a inseticidas organofosforados diminui os reflexos, deteriora o raciocínio e a memória e altera o comportamento. O censo mostrou, ainda, que cerca de 29,9% das pessoas que usavam defensivos agrícolas faziam tratamento psiquiátrico, contra 22% dos que não utilizavam os

⁶ Herbicida.

produtos. Os que usavam defensivos aplicavam, em média, entre oito a dez tipos de veneno. No entanto, Carvalho, apud Glock (2000), admite que é difícil comprovar se é o uso do agrotóxico realmente a causa, ou qual dos produtos específicos estariam determinando estes danos. Sobre isso, Glock (2000, p. 1) informa,

o trabalho resultou na criação de um Centro de Saúde Mental em Nova Petrópolis, embora as autoridades locais insistam que outros fatores, como a crise financeira e a origem étnica – a população alemã tem uma educação rígida e exigente – devem ser considerados. A dívida permanece. O município está entre os 15 com maiores taxas de suicídio no Estado. Entre 1990 e 1995, outra pesquisa relacionou os suicídios em Venâncio Aires, região de cultivo de fumo, com o uso de agrotóxicos. No período, houve entre 15,02 e 37,22 suicídios para cada 100 mil habitantes, um recorde no Estado. O estudo foi interrompido por falta de verbas.

Em estudo sobre a relação do suicídio com suas prováveis causas, Heck (1998) descreve duas hipóteses explicativas para o fato, fazendo uma leitura crítica destas teorias. Em uma das hipóteses, a da perspectiva clínica, há um maior empenho em reforçar, como causa, os fatores orgânicos e psicológicos, que se interrelacionam como significados corpo-mente. Neste caso, a disfunção ou agente externo passa a ser o motivo de doença do indivíduo que, ficando doente, se suicida. Nesta visão, isto se daria inconscientemente. É nesta hipótese que se baseia a relação dos suicídios com os agrotóxicos. A outra hipótese diferencia-se pela perspectiva de movimento, que é dada pelos autores, pois compreendem o homem não apenas como corpo físico, mas que é um ser inteligente, pensa e tem ações que estão interrelacionadas com outras partes significativas do mundo. Nesta hipótese, o suicídio não é apenas uma doença que pode ser explicada, mas que tem um significado variável, de acordo com cada grupo social e com as interações e expectativas das demais pessoas que fazem parte deste grupo. Com este trabalho, a autora refuta a hipótese de que a causa dos suicídios esteja vinculada exclusivamente a fatores bioquímicos, como a ação dos agrotóxicos, em algumas regiões do Rio Grande do Sul. O estudo de Falk et al. (1995), por exemplo, sugere que há uma relação entre o suicídio e saúde mental em Venâncio Aires, como consequência do uso de agrotóxicos organofosforados nas plantações de fumo. Para o referido autor, o aumento da taxa de suicídios, neste grupo social, se dá pelo depósito destes elementos químicos no corpo, o que causa-

ria depressão do sistema nervoso central e, por consequência, a autodestruição. Em suas conclusões preliminares e recomendações, Falk et al.(1995, p.259),

o que podemos afirmar, até o momento, é que os dados obtidos indicam que já existem indícios suficientes para formular uma hipótese para futuras pesquisas: a de que "o uso de agrotóxicos (especialmente os organofosforados) é um dos principais fatores de risco para suicídios". Tal hipótese, por enquanto, é válida para Venâncio Aires e, de certo modo, para o Rio Grande do Sul. A literatura científica internacional de alto nível, contudo, vem reforçando esta hipótese em termos mundiais.

Embora Heck(1998) reconheça a pertinência com que o autor enfoca o tema, critica a leitura unilateral e totalitária de como é abordada a questão dos suicídios. Esta tem sido uma polêmica que precisa ser profundamente trabalhada, pois os casos de suicídio têm aumentado em várias regiões do Rio grande do Sul, especialmente em municípios rurais. Por outro lado, as pesquisas para estabelecer ou não uma maior vinculação entre suicídio e agrotóxico são caras e, geralmente, são interrompidas por falta de verba, como afirma Glock (2000).

Outra situação que tem preocupado as pessoas ligadas ao setor é a falta de lugar seguro para o depósito de lixo tóxico, como as embalagens dos produtos utilizados na agricultura. Em reunião da comissão municipal de cólera, de um dos municípios, onde estavam presentes representantes da Corsan, da Emater, das secretarias de saúde e de educação, foi abordado este tema e a preocupação de busca de alternativas para o caso. Uma das propostas é a reunião do lixo tóxico em local apropriado e a sua retirada pela indústria produtora.

Embora não se inclua na relação dos problemas do município, constatou-se, no período de observação, que grande parte dos mesmos tem um número crescente de adolescentes grávidas. Isso pode ser percebido pelo maior percentual de adolescentes nos grupos de gestantes, com cerca de cinquenta por cento. Em um dos municípios, a enfermeira estava realizando pesquisa com a população adolescente, visando organizar programas de educação em saúde, baseados na realidade local. Em outro município, a enfermeira e o médico, ao constatarem nas estatísticas do ano anterior o aumento da gravidez na adolescência, comentaram a necessidade de iniciar alguma atividade relativa a este problema.

O Sistema de Saúde dos Municípios da Quarta Colônia está organizado através do Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de

Saúde e Bem Estar Social. Cada Município possui um hospital na sede, variando entre vinte e dois e quarenta e sete leitos, sendo que a maioria destes são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A rede ambulatorial pública é constituída, geralmente, por um Posto de Saúde na sede do município e outro na comunidade rural maior. Os recursos de apoio e diagnóstico públicos e privados, conveniados, são os laboratórios vinculados ao hospital local, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM) e serviços prestados através do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS). Através do CIS, a rede é ampliada para o encaminhamento às diferentes especialidades na região e Estado.

A rede pública municipal mantém um quadro de **profissionais para a assistência em saúde** nos ambulatórios locais, como é demonstrado na Tabela 4.

TABELA 4 - Número de profissionais de saúde contratados pela rede pública municipal da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS.

Município	Profissionais de saúde							
	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Clínico geral	Ginecologista	Psiquiatra	Psicóloga	Dentista	Fisioterapeuta
Dona Francisca	2	2	2	-	1	1	2	-
Faxinal do Soturno	1	4	3	-	-	-	2	-
Ivorá	1	2	1	-	-	1	1	-
Nova Palma	2	2	3	1	1	1	2	1
Pinhal Grande	1	3	2	-	-	-	1	-
São João do Polêsine	1	2	2	-	-	1	2	1
Silveira Martins	1	1	2	-	-	-	1	-
Total	9	16	15	1	2	4	11	2

Fonte: Planos Municipais de Saúde dos Municípios Estudados, 1997-1998.

O Posto de Saúde na sede dos municípios estudados possui, no mínimo, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um médico clínico geral e um dentista. Estes números aumentam em alguns deles, chegando a duas enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem, três clínicos gerais, dois dentistas e outros profissionais, como ginecologista, psiquiatra, fisioterapeuta e psicóloga, de acordo com o número de habitantes e a política de saúde local. Em dois municípios, para atender à demanda de clientes na área de saúde mental, há a contratação de uma psicóloga por um deles, e um psiquiatra, pelo outro, que são permutados entre os referidos municípios em dias da semana alternados.

Em relação aos **problemas de saúde da população**, as causas de mortalidade, morbidade hospitalar e ambulatorial nesta região aparecem como consta na Quadro 3.

QUADRO 3 - Causas de mortalidade geral, morbidade hospitalar e ambulatorial por município da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS.

Município	Causa de Mortalidade Geral	Causa de Morbidade hospitalar	Causa de Morbidade ambulatorial
Dona Francisca	Doenças circulatórias e neoplasias	Doenças respiratórias, digestivas e circulatórias	Doenças respiratórias, circulatórias, hipertensão e estado de ansiedade.
Faxinal do Soturno	Doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias	Doenças respiratórias, renais, circulatórias e digestivas	Diminuição de verminoses e problemas de desnutrição e desidratação.
Ivorá	Doenças circulatórias, neoplasias e respiratórias	Não consta no plano	Não consta no plano
Nova Palma	Doenças circulatórias, neoplasias e suicídio	Doenças respiratórias, circulatórias, infecciosas, parasitárias, metabólicas e nutricionais. Nº elevado de cesarianas.	Doenças respiratórias, ósteo-musculares, estado de ansiedade, hipertensão arterial, verminoses, cáries dentárias.
Pinhal Grande	NC	NC	NC
São João do Polêsine	Doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias	Doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias	Doenças circulatórias, respiratórias, verminoses, intoxicação alimentar.
Silveira Martins	Doenças circulatórias, neoplasias e respiratórias	Doenças respiratórias, digestivas, circulatórias. Intoxicação alcoólica. Picada de cobra, envenenamento e intoxicação	Não consta este dado

Fonte: Planos Municipais de Saúde dos Municípios Estudados, 1997, 1998.

Através da Quadro 3, podemos constatar que, em todos os municípios, a **mortalidade geral** é decorrente de doenças do sistema circulatório e de neoplasias, como as mais frequentes, seguidas pelas doenças respiratórias. Chama a atenção que no município de Nova Palma (1998) aparece o suicídio como uma causa importante de mortalidade. Neste município, a enfermeira refere que já está fazendo uma pesquisa, juntamente com a psicóloga, que visa detectar as prováveis causas do elevado número de suicídios na região. As associações estabelecidas pelas autoras referem-se à questão cultural, relacionada com a imigração italiana, à questão geográfica, especialmente o relevo e às dificuldades de acesso. Na tentativa de atenuar a situação, já estão sendo realizadas algumas atividades, como palestras, especialmente no interior.

A gente tem aqui um psiquiatra que vem uma vez por semana e também a gente contratou uma psicóloga, porque muita coisa não cabe só ao psiquiatra, cabe à psicóloga também. E procuramos fazer palestras, no interior, principalmente nas comunidades, e além disso, a gente já começou um trabalho, que é uma pesquisa para ver se a gente conseguiria detectar as possíveis causas que estariam provocando com este número de suicídios. O que chamava a atenção é que é em uma determinada região do município, que tem colonização alemã, mas quem estava praticando os suicídios eram os italianos. Então agora a gente está quase concluindo a pesquisa. Só que é difícil chegar a uma causa, a gente fez toda uma história da imigração italiana, também do relevo, tentou relacionar, mas a gente viu que isso não é o motivo. Assim como tem pessoas que saem daqui e acham que isso aqui é um buraco, tem outras que acham que isso é um paraíso, que se sentem bem voltando para cá. Então não é isso...

Quando questionada sobre a associação da incidência de suicídio com o uso intensivo de agrotóxicos, como tem sido apontado por alguns trabalhos, no Rio Grande do Sul, a enfermeira informa que não conseguiram comprovação, pois ainda não conseguiram entrar em contato com as pessoas que desenvolveram estes trabalhos:

isso nós não conseguimos comprovação de que seja. Até nós procuramos contatar com municípios que fizeram trabalhos com agrotóxico, só que nós não conseguimos ainda relacionar. A gente viu na televisão...

Nesta mesma linha, a enfermeira de outro município informa que há um alto índice de doença depressiva, sendo que já existe um trabalho realizado por um psiquiatra. Foi constatado um elevado consumo de antidepressivos, como terapêutica para estes casos.

Aqui em (...) há um alto índice de depressão, tem um trabalho que a gente vem fazendo com o psiquiatra aqui, há um alto consumo de antidepressivos. Então eles se sentem carentes, querem aquela atenção, principalmente se eles chegam aqui, se eles vão solicitar um exame, eles querem te contar toda a história, porque eles vêm pedir, justificar até porque estão aqui.

Em relação à **morbidade hospitalar** constatamos que os problemas respiratórios e circulatórios são os que estão nas principais causas de doenças em todos os municípios. As doenças infecciosas, parasitárias, metabólicas e nutricionais e o elevado número de cesa-

rianas aparecem no município de Nova Palma como causas importantes de internação hospitalar. No município de Silveira Martins aparece como causa de internação, além dos problemas comuns aos outros municípios, doenças relacionadas com intoxicação alcoólica, picada de animal peçonhento e envenenamento. Embora estes dados não constem nos Planos Municipais de Saúde dos demais municípios, sabe-se que estas doenças são comuns no meio rural, sendo que as doenças relacionadas com o alcoolismo, como a intoxicação alcoólica, estão entre os principais problemas de saúde em populações de cultura italiana, especialmente pelo hábito de ingestão de vinho.

A **morbidade ambulatorial** está relacionada com as doenças respiratórias, e circulatórias, aparecendo em especial a hipertensão arterial. São também referidos, na maioria dos municípios, o estado de ansiedade, doenças músculo-esqueléticas e verminoses. A desnutrição, desidratação e intoxicação e cáries dentárias aparecem em pelo menos um dos municípios como principais doenças ambulatoriais.

No Quadro 4, apresento alguns dados relativos às **doenças de notificação compulsória e zoonoses e vetores**, dados fundamentais por tratar-se de região predominantemente rural.

QUADRO 4 - Doenças de notificação compulsória e zoonoses e vetores nos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS.

Município	Doenças de notificação compulsória	Zoonoses e vetores
Dona Francisca	Caxumba e rubéola	Faltam registros. Tungíase
Faxinal do Soturno	Rubéola, caxumba, tuberculose e hepatite.	Nenhum caso confirmado de raiva animal, hidatidose, leptospirose, toxoplasmose, teníase/cisticercose e tungíase
Ivorá	Caxumba, rubéola e hepatite	Toxoplasmose, teníase e cisticercose; moscas
Nova Palma	Baixa notificação	Faltam registros. Destaque para tungíase.
Pinhal Grande	NC	NC
São João do Polêsine	Caxumba, coqueluche, sarampo e hepatite	Nenhum caso confirmado de raiva animal, hidatidose, leptospirose, toxoplasmose, teníase/cisticercose e tungíase
Silveira Martins	Sarampo, caxumba, rubéola e hepatite	Raiva animal-bovina- colônia de morcegos hematófagos erradicada, Surtos anuais de pediculose na população infantil

Fonte: Planos Municipais de Saúde dos Municípios Estudados, 1997, 1998.

Em relação às **doenças de notificação compulsória**, na maioria dos municípios há falta de registros, sendo que as doenças mais comuns são a caxumba, a rubéola e a hepatite. As **zoonoses e vetores** são outros indicadores de saúde importantes dos quais faltam registros, sendo destacado o aparecimento de tungíase na maioria dos municípios, embora dois municípios indiquem não ter sido confirmado nenhum caso. Um dos municípios relata haver sido erradicada uma colônia de morcegos hematófagos, com um caso confirmado de raiva bovina. Neste mesmo município ocorrem surtos anuais de pediculose na população infantil. Embora este dado conste somente em um dos municípios, existem surtos anuais de pediculose em todos os municípios, especialmente na população infantil, nas escolas e creches. Isto pode ser constatado pelas campanhas que são realizadas pela secretaria da saúde em conjunto com a secretaria de educação. Em alguns municípios este trabalho é realizado com a participação dos agentes de saúde.

4.2 - CUIDADO NA ENFERMAGEM

Os dados que compõem o conceito cuidado na enfermagem, foram oriundos da análise documental dos Planos Municipais de Saúde, das atribuições da enfermeira, existentes no Regimentos do Serviço de Enfermagem de alguns dos municípios que fizeram parte da pesquisa, da entrevista realizada com as enfermeiras e, principalmente, da observação do trabalho desenvolvido pelas mesmas.

4.2.1 - Caracterização das enfermeiras

As enfermeiras que trabalham na rede ambulatorial dos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana estão vinculadas às respectivas Prefeituras, desempenhando algum papel relacionado com a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social sendo, em alguns casos, a titular desta secretaria.

Quanto ao **número de enfermeiras**, cada um dos municípios estudados possui uma ou duas enfermeiras trabalhando na rede pública de saúde. O **contrato de trabalho** pode

ser feito como estatutárias, através de concurso público ou como cargo em comissão, quando é cargo de confiança.

Dos sete municípios estudados, em três a secretária de saúde era enfermeira, sendo que em dois municípios, Faxinal do Soturno e São João do Polêsine, a única enfermeira de Saúde Pública era também Secretária de Saúde do Município. Em Nova Palma, a secretária de saúde era enfermeira, mas havia outra que assumia o trabalho no Posto de Saúde. No município de Silveira Martins, a enfermeira que assumia o Posto de Saúde era também a única enfermeira do Hospital da localidade. Em Dona Francisca, na ocasião da coleta de dados, uma das enfermeiras, embora não fosse a Secretária de Saúde, assumiu algumas atribuições desta secretaria, porque a titular estava em licença saúde.

Nos municípios de Dona Francisca, Ivorá e Pinhal Grande foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, cuja coordenação era feita por uma enfermeira, com 20 horas de dedicação para este trabalho. Em Pinhal Grande, a única enfermeira foi contratada especialmente para criar o referido programa. Em nenhum dos municípios foi implantado ainda o Programa de Saúde da Família – PSF, por falta de infraestrutura e verba para isso.

Em relação à **procedência** das enfermeiras, das nove entrevistadas, seis eram nascidas na região. Uma das que não nasceram na região, morava há mais de vinte anos na localidade. Quando perguntado se o fato de ser ou não daquela região facilitava o trabalho com as pessoas, as oriundas daquele lugar foram unânimes em afirmar que havia uma maior aceitação e um trabalho mais próximo com as pessoas, como ilustra a fala a seguir:

com certeza, pois tu falas de uma maneira diferente, tu consegues te comunicar, pois já vives ali, sabes conduzir a conversa. É diferente de alguém que não conhece e tu repassas as informações. Então, tem coisas que não é preciso perguntar, tu só observas ou, do jeito que a pessoa está falando, tu já sabes direcionar uma orientação. Isto facilita muito sim.

Uma das enfermeiras, que não procedia daquela região, disse que não teve muita dificuldade de se adaptar aos novos costumes e tradições da localidade. Mas sentiu necessidade de conhecer os hábitos e os valores culturais para poder trabalhar adequadamente com eles, até para poder ser entendida, como demonstra a fala:

até que não, pelo contrário, eu me sinto muito bem, sou de origem alemã, em outra cidade eu convivia com pessoas de origem alemã e italiana e lá eu precisaria falar alemão e eu não sabia falar, o alemão correto e até hoje eu não sei, o meu alemão não é o gramatical, eu tinha dificuldade até para entender os próprios alemães, bem como os italianos. E fui me acostumando, e não sinto dificuldade, agora, em relação à região de italianos daqui. Os costumes são um pouco diferentes, a gente até tem que ser um pouquinho mais dura para colocar as coisas que a gente vê. Certas origens (étnicas) a gente coloca(as orientações) mais suaves e afasta as pessoas, e aqui a gente tem que colocar até meio firme, às vezes. Tu que- res que a tua palavra passe, tu tens que colocar com uma postura bem firmezinha, senão não vai.

Entre as enfermeiras das localidades estudadas, a **faixa de idade** varia entre vinte e quatro e cinquenta e um anos. Em relação ao tempo de serviço, a que tem menos tempo de trabalho possui dois anos e a contratada por mais tempo tem vinte e seis anos. Das nove enfermeiras, três tiveram sua **graduação** na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM e seis na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira – FACEM, atualmente Centro Universitário Franciscano. No que se refere à **pós-graduação**, cinco fizeram especialização, uma está cursando e três não fizeram nenhuma especialização. Dentre as que cursaram e cursam especialização, três são em saúde pública ou saúde coletiva, duas em administração hospitalar, uma em enfermagem obstétrica e obstetrícia social e enfermagem do trabalho.

O trabalho das enfermeiras

O trabalho realizado pelas enfermeiras, nestas localidades, sofre a influência do ambiente rural, pois, embora o local de trabalho mais constante da enfermeira, o Posto de Saúde, seja localizado na sede do município, tudo o que ali acontece, representa a comunidade rural. No geral, todas as pessoas se conhecem, tanto profissionais como clientes. Parece haver uma maior aproximação entre as pessoas.

No geral, o Posto de Saúde é central e de fácil acesso à população que reside na sede ou que vem à cidade. Mas, para as pessoas que moram nos distritos, principalmente aquelas que não possuem nenhum tipo de transporte próprio, a distância passa a ser um problema. Muitas pessoas precisam caminhar longas distâncias, levantando muito cedo,

para chegar no horário para as consultas e tratamento, como é o caso de uma mulher, que disse ter caminhado durante duas horas para chegar até o posto, às sete horas da manhã. Em algumas localidades, há a possibilidade da utilização do transporte escolar, que diariamente busca as crianças e adolescentes que residem nos distritos, para assistir as aulas na sede do município. Santos (1992), em estudo em comunidade rural em Viçosa, Minas Gerais, também refere a dificuldade de acesso ao serviço de saúde da população rural.

Na atualidade, com a municipalização da saúde, praticamente toda a população procura o serviço público para tratamento de problemas de saúde. Em algumas localidades, a abrangência do serviço é de mais de noventa por cento da população, como fala uma das enfermeiras: *“hoje, noventa e cinco por cento da população é atendida pelo SUS. As pessoas descobriram que têm direito e buscam o serviço”*. Segundo ela, no passado só as pessoas que não tinham recursos econômicos buscavam o serviço público para assistência.

Como as relações entre as pessoas tornam-se muito próximas no ambiente rural, todos se conhecem. A enfermeira passa a ser uma pessoa de referência importante, especialmente quando ela acumula a secretaria de saúde, como é o fato relatado por uma delas: *“é a típica cidade pequena, todo mundo conhece todo mundo, eles não têm aquele limite, a gente encontra na rua e vão chegando com receita, tu estás no supermercado, por mais que tu fale, olha isso é um assunto para ser tratado lá na secretaria...”*

A prefeitura passa a ser o centro de referência para as pessoas que buscam recursos em diferentes setores. Esta dependência dos serviços da prefeitura e de seus profissionais se dá em todas as áreas, mas especialmente naquelas relacionadas ao social, como a saúde, a educação, a moradia e a agricultura, como refere outra enfermeira:

especialmente em município pequeno, a prefeitura passa a ser uma referência para qualquer problema, qualquer situação, qualquer ajuda que puder dar em várias situações, não é só na saúde. Até na própria educação, praticamente dá tudo hoje, para o aluno, oferece tudo. Hoje, não vai para a escola... (quem não quer...) Tem material, tem transporte, tem merenda, tem tudo, tem até a própria assistência social que oferece agasalhos. Não é paternalismo, acho que a educação tem que oferecer mesmo as condições e as pessoas se acostumam mal e exigem também nas outras áreas.

O desgaste do trabalho da enfermeira, neste casos, é acumulado com as atividades exigidas pela Secretaria de Saúde e Bem Estar, na qual a titular desempenha diferentes papéis no município e interior para garantir a assistência em saúde e bem estar social. Outra enfermeira resume esta diversidade de atividades na seguinte fala:

é assim, eu te diria assim, para resumir, que num município pequeno, [...] tu te desgastas porque se tiver que ir lá no meio do mato, no interior, para ver uma fonte, eu tenho que ir, se tem uma reunião em Porto Alegre, eu tenho que ir, se tem qualquer probleminha no posto de saúde para resolver, a secretária tem que ir, eu não tenho assistente social, então qualquer problema social é a secretária que tem que resolver. Fazer uma visita domiciliar para um paciente que está caindo a casa, a secretária tem que ir, então, por isso que é um corre-corre, tu te desgastas muito por causa disso. Tu tens uma equipe, uma boa equipe que te assessora, tu delegas, até para sentar e planejar melhor, mas tu tens que fazer dentro dos recursos que tu tens, não podes fugir. Então, é bastante amplo o trabalho do secretário do interior, acho que mais do que o de uma grande cidade.

As enfermeiras também são procuradas em situações em que os clientes sentem necessidade de que seus problemas sejam resolvidos, quando não encontram outras formas para encaminhar as suas dificuldades, como a situação contida nesta fala:

é, tu estás fazendo muitas coisas e não consegues parar para te organizar no teu serviço. Fica mais difícil. A maioria que não consegue marcar consultas vêm para mim e pede para ver se eu consigo. Eu me envolvo demais, porque eles têm medo, tem que falar com o médico, tenho que encaminhar, referenciar para o universitário, porque tem muitos que já faz tempo que vêm aqui e não resolvem e têm vergonha de falar para o médico, não têm coragem...

Sente-se, nesta fala, que existe um espaço no trabalho da enfermeira que é ocupado para encaminhar aquelas coisas que ninguém resolve para os clientes. Muitas situações, decorrentes de problemas relacionados ao sistema de saúde, são fontes de angústias para as pessoas. Estas situações podem ser referentes à descontinuidade no diagnóstico e tratamento de doenças, aos problemas em relação à referência e contra-referência, no sistema de saúde, a falta dos medicamentos, entre tantos outros. Estas circunstâncias têm sido refe-

ridas por grande parte das enfermeiras como fonte de sofrimento para os clientes e que, de alguma forma, levam também ao sofrimento da enfermeira, quando este não consegue dar o encaminhamento necessário.

Os trabalhos desenvolvidos com as pessoas, nas comunidades rurais, são mais difíceis, pois dependem da disponibilidade de tempo das mulheres e homens que estão envolvidos no trabalho agrícola. Os grupos tornam-se praticamente inviáveis, pois, de forma diferente das mulheres que moram na cidade, aquelas que vivem no meio rural, além do trabalho doméstico, participam ativamente na lavoura, o que impede a sua integração nos grupos. Nestes casos, a educação em saúde é realizada mais efetivamente com os escolares, como é a situação referida pela enfermeira,

as atividades de grupo são mais difíceis de organizar, porque tudo esbarra no tempo disponível para elas poderem participar. As mulheres do meio rural estão muito envolvidas com os trabalhos não só do lar, como da-quele que fazem com o marido, e como! É uma dificuldade de formar grupos. Então é esta dificuldade que eu tenho, não é que não tenha vontade. E o meu trabalho é com os colégios na zona rural, porque as crianças já estão ali, já fica mais fácil repassar uma informação, mas formar grupos e palestras e reuniões é difícil, a gente já tentou.

A realização das ações da enfermeira, nestas comunidades rurais, compreende também o estabelecimento da relação entre o adoecer e morrer com o estilo de vida, o tipo de trabalho, influenciados diretamente por fatores culturais e a busca de alternativas adequadas para a “mudança de mentalidade” dos agricultores, muito bem representada pelo que fala a enfermeira:

sempre me chamou a atenção a maior incidência de problemas cardiovasculares. Daí a gente começa a trabalhar estas questões, por que a maior incidência de óbitos é por este problema? Por que a morbidade é maior neste e naquele problema? Daí tu começa a analisar várias coisas, desde o estilo de vida, a alimentação, o tipo de trabalho, com o que eles trabalham. Daí tu começa a trabalhar estas questões. Mas isso é muito lento, porque vai passar por uma mudança de mentalidade. Para nós, muitas vezes é difícil uma mudança, imagina para o próprio agricultor que, se não usar agrotóxico, parece que não vai produzir. Então, tudo isso é o quanto a gente tem que trabalhar para chegar lá.

Fica evidente, nesta fala, a presença de dois elementos culturais que interferem diretamente na vida do agricultor. De um lado, a cultura familiar, representada pelos hábitos alimentares e pela relação estabelecida no trabalho, que se refletem na qualidade de vida e na saúde das pessoas. Por outro lado, existe um outro elemento, que também representa fator fundamental para a vida do agricultor, que é a prática do uso de agrotóxicos nas lavouras. Este é um fenômeno que passou a integrar a vida do agricultor brasileiro nos anos cinquenta e que foi absorvido como essencial para o aumento da produção e a possibilidade de sobrevivência no meio agrícola. Trata-se, neste caso, de uma cultura imposta pelo sistema no qual está inserido o produtor rural. A produção agrícola é proporcional ao uso dos “fertilizantes” e “defensivos agrícolas”, passando a representar a única possibilidade de sobrevivência neste mercado.

Outra característica encontrada no trabalho das enfermeiras, nestes municípios, relaciona-se com a **divisão do trabalho na equipe de enfermagem**. Quando a enfermeira assume o papel de secretária de saúde esta divisão torna-se nítida, pois o trabalho da enfermeira prende-se mais ao gerenciamento da saúde, no município. Outra situação em que o trabalho da enfermeira fica evidente são as ações relacionadas com a educação em saúde, trabalhos em grupos, coleta de material para o preventivo de câncer ginecológico, gerenciamento da unidade ou coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quando o trabalho refere-se a procedimentos, não há uma separação nítida entre as ações que realizam as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem. Isto pode ser verificado em situações como a triagem de clientes, na pré-consulta, a aplicação de vacinas, a realização de curativos, entre outras. Nestas situações, pode-se ver a enfermeira alternando papéis com a auxiliar de enfermagem, especialmente quando trabalham em duplas. Nestes casos, a auxiliar realiza o procedimento e a enfermeira faz as anotações e orientações ou o contrário. Percebe-se que não há preocupação em demarcar o trabalho da enfermeira, pois o seu papel parece estar evidente para as pessoas que são cuidadas e para os demais profissionais.

Olha, claro que aqui a gente faz de tudo, as gurias daqui (auxiliares) e nós, as enfermeiras, fazemos de tudo um pouco... É claro que tem coisas que são só nossas, das enfermeiras, e tem coisas que são das auxiliares, como o preventivo que é a enfermeira que faz [...] Do trabalho, eu gosto de tudo, não tem o que eu gosto mais de fazer.

Outra enfermeira, que é a chefe do serviço de enfermagem da prefeitura, ao explicar como acontece a divisão de trabalho na enfermagem, diz que as tarefas são organizadas e distribuídas com o objetivo de que não aconteça sobrecarga de nenhum dos funcionários. Esta distribuição do trabalho se dá em reunião, na qual fica acertado o papel de cada um, como na fala:

agora, (o relacionamento) na enfermagem, as gurias às vezes me chamam, de brincadeira, de “chefe”... Mas a gente senta e diz: gurias, vamos conversar, uma fica responsável pela sala de vacina, a gente meio que subdivide os serviços ali dentro, para não sobrecarregar ninguém. Outra fica com a sala de curativos, no sentido de repor material, esterilização, aquela da vacina, se falta, ela fica encarregada de pedir na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, ver a temperatura, de mandar no final do mês. É tudo assim, cada uma com uma função. Então já fica mais fácil trabalhar... Senão acontece assim, tudo uma que faz, porque é tudo eu, ninguém me ajuda... Então a gente se dividindo a gente se comunica, o que a gente falar, a gente põe em prática.

Como pode ser percebido, por esta fala, existe uma distribuição de trabalho mais participativa, na qual a equipe se reúne e organiza uma escala com a função de cada funcionária, a fim de que não haja sobrecarga de trabalho para nenhum deles, permitindo, ainda, uma comunicação mais efetiva.

As atividades da enfermeira são integradas com a de outros setores que atuam no município, constituindo a organização social do município, são “os aliados na saúde”, que planejam e executam atividades relacionadas com a saúde, tanto na cidade como na zona rural. Dentre eles destacam-se a EMATER, a Pastoral da Saúde, os Centros Comunitários, em cada uma das comunidades rurais, Clubes Recreativos e Esportivos, Grupos de Terceira Idade, Clubes de Mães, Secretarias Municipais de Agricultura e Educação, CORSAN, como é o caso referido a seguir, por uma das enfermeiras:

nós estamos fazendo um trabalho também com a questão da água, nós temos a água do interior com alto índice de contaminação, então a gente faz um trabalho junto com a Emater. A Emater faz a parte de orientação, a prefeitura põe os recursos, estamos recuperando várias fontes. [...] Não seria só o nosso trabalho, mas temos vários aliados junto ao nosso trabalho, como a Pastoral da Saúde, que faz um bom trabalho.

Um momento especial de entrosamento entre os diferentes setores do município é a Feira de Saúde do Município, realizada uma vez por ano, geralmente na semana do município, por ocasião do aniversário de emancipação, como ilustra a fala seguinte de uma enfermeira, secretária de saúde:

a gente procura integrar, como nós temos poucos profissionais, uma vez por ano a gente faz uma feira da saúde. Então, eu convido todas as entidades relacionadas com a saúde, a Liga Feminina, Emater, Corsan... tudo o que tiver no município. A gente faz na praça, dependendo do tempo a gente faz no salão. Ai, sim, aquele dia eu paro, fecho o posto e todos os profissionais estão lá, cada um com suas atividades...

Outra situação que ilustra esta integração efetiva entre os diferentes setores comunitários é o caso da constituição da “comissão municipal de cólera”, em função de um alerta epidemiológico, ocorrido no período da coleta dos dados. É formada por um representante de cada um dos seguintes órgãos: secretaria de saúde, secretaria de educação, EMATER, CORSAN, cuja função é planejar e implementar medidas para intensificação da vigilância da doença e medidas de prevenção. Através de telefonemas, pela parte da manhã, a enfermeira, que desempenhava o papel de Secretária de Saúde, conseguiu reunir os diferentes representantes, na parte da tarde. A comunicação é mais rápida e a disponibilidade parece ser maior, até pela pequena distância entre os locais de trabalho e a necessidade de integração, pois cada órgão abrange um aspecto do problema, como é o caso da questão das doenças transmissíveis, dos problemas relacionados com a poluição ambiental, entre outros.

Expectativas e percepções do trabalho

Com a finalidade de melhor conhecer a relação das enfermeiras com o trabalho específico em Saúde Pública, nos ambulatórios dos municípios onde atuam, foram elaboradas algumas questões iniciais. A **primeira questão da entrevista** dizia respeito à percepção de seu trabalho em relação à sua expectativa como enfermeira. No geral, ao responder esta questão as enfermeiras faziam um histórico de sua vida profissional, lembrando os trabalhos anteriores e a sua formação. De alguma forma, esta questão possibilitou uma revisão de suas carreiras profissionais.

Para melhor compreensão, as respostas foram agrupadas, inicialmente, em relação às expectativas e depois em relação à percepção do trabalho atual.

No que se refere às **expectativas**, de acordo com o período em que foram formadas, as enfermeiras estavam mais ou menos voltadas para o trabalho em saúde pública. Para algumas delas, trabalhar em hospital era a única possibilidade frente à política de saúde, na época da graduação. Das nove entrevistadas, três disseram ser o hospital a expectativa de trabalho, por ter pouco ou nenhum contato com a área de saúde pública, na época da graduação. Mesmo iniciando neste local, com a municipalização da saúde, ocorrida no final da década de oitenta e nos anos noventa, houve a possibilidade de inserção na saúde pública.

A expectativa que predominou dentre as respostas das enfermeiras compreende a “possibilidade de trabalhar com a prevenção”, em unidade de saúde, envolvendo mais “educação em saúde”, “trabalhando com grupos”, “resolvendo os problemas do mundo”, pois “saúde pública é mais gratificante”, “orienta as pessoas”. Embora a possibilidade de orientar as pessoas e trabalhar com a prevenção sejam situações possíveis de serem realizadas também em outros ambientes, fica evidente a orientação transmitida no período da formação acadêmica das enfermeiras, na qual prevalece o discurso da separação da prevenção e tratamento como dois momentos independentes do processo saúde/doença.

Algumas saíram da graduação “cheias de sonhos e idéias”, sendo uma profissional que “sempre buscava crescer, aprender, melhorar”, com muita “vontade de trabalhar e mudar as coisas”, “tendo tudo para construir”. Pensavam em “reunir a comunidade e ver o que queriam”, “montar programas disso e daquilo”, pois sentiam “necessidade de mudar a realidade”, a partir dos problemas encontrados. Haveria, com isso, a possibilidade de “chegar na frente, pensar antes”, “trabalhar a pessoa antes de adoecer, orientando, educando e conscientizando”. Mais do que tudo isso, havia a expectativa de “trabalhar direito”, “sabendo fazer o que foi aprendido”. A possibilidade de transformar a realidade através de seu trabalho, com uma visão ingênua de que as pessoas não se cuidam porque não sabem, e que a enfermeira, sozinha, pode resolver os problemas de saúde da população, era uma visão comum na época da formação destas profissionais. Será que hoje ainda é este o discurso que é passado na formação das enfermeiras? Por outro lado, sente-se nestas expectativas, a presença de valores fundamentais da enfermagem e que estão presentes em discursos de estudantes e enfermeiras, como os relatados nos trabalhos de Cunha (1994, p. 77), no qual

as enfermeiras em seus discursos, discorreram sobre o sentido que atribuem ao exercício profissional. Em suas falas, fica evidenciada a enorme importância que a profissão assume em suas vidas. O sentido da profissão, que surge repleto de valor ético, de solidariedade, de ajuda ao ser humano, é enfocado, muitas vezes, associado ao nível de exigência para o seu exercício.

Em relação à **percepção do seu trabalho** desempenhado no município, há um elemento comum a todas as enfermeiras: mesmo não estando preparadas para esta atividade, que é o que relatam algumas delas, quando iniciaram o trabalho em saúde pública, perceberam o quanto tornou-se gratificante, pelo crescimento do papel da enfermeira junto com as inovações na área da reforma sanitária. Hoje, questionam-se sobre o trabalho burocratizado em postos de saúde, sendo que a maior realização fica por conta da relação da enfermeira com as pessoas, na qual há a possibilidade de uma maior interação pessoa a pessoa. Isto mostra a necessidade que a enfermeira sentiu, com a prática, de que o cuidado voltado às necessidades e desejos dos indivíduos ou comunidade, exige interação e conhecimento do sujeito cuidado. Isto fazia parte de um discurso da academia, mas que na verdade não era vivenciado desta maneira. Esta visão pode ser comparada com o que Mayeroff (1971) refere como um dos principais componentes do cuidado, o conhecimento do outro. É através deste conhecimento que quem cuida percebe quais são as necessidades, os poderes e limitações da pessoa cuidada.

Para melhor desempenhar o seu papel elas utilizaram diferentes estratégias. Algumas iniciaram conhecendo a realidade, participando dos treinamentos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, aplicando os programas propostos e, depois, passando a criar outros programas, de acordo com a realidade, além de manter os já existentes. Este grupo, que representa a maioria das enfermeiras entrevistadas, percebe o trabalho desenvolvido como sendo reconhecido, tanto por parte da população, como pela equipe de saúde.

Então, no início, eu ficava mais na unidade de saúde, fazendo o trabalho de vacinas, triagem, verificação de pressão, curativos, ambulatório, esse tipo de coisa. Depois é que a gente começou a sentar e se organizar. Além dos programas que a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde preconizava, a gente começou a ver a realidade da comunidade e montar programas em cima disso [...] Então, eu acho assim, agora tem sido muito gratificante superar as expectativas no sentido de poder realizar e ver os efeitos, quero realizar bem mais e a população acho que está ficando mais consciente, porque o agente de saúde indo de casa em casa, sempre falando e orientando...

Outra começou sua atividade propondo alterações, elaborando projetos. A partir daí começaram os boicotes ao seu trabalho, pois mexia com a rotina até então desenvolvida. Após um ano de tentativas, sente-se frustrada, pois não vê incentivo, na equipe multiprofissional, para o seu trabalho, embora tenha apoio da Secretária de Saúde.

A partir do momento em que comecei a mostrar um trabalho diferente, os outros profissionais também se viam na obrigação de tentar fazer alguma coisa diferente, ou eles eram cobrados para fazer alguma coisa diferente. Então, a minha expectativa, agora, em relação ao meu trabalho, eu estou frustrada. Frustrada porque eu me vejo assim, eu fiz o meu curso ... Eu sou apaixonada pela enfermagem, meu oitavo semestre, quando acabei, eu estava realizada... Saúde pública, para mim, era uma coisa muito cheia de sonho. Mas eu sabia que era difícil, ao mesmo tempo em que eu tinha toda aquela vontade, eu sabia que era muito difícil eu me firmar como profissional dentro da saúde pública.

As estratégias utilizadas pelas enfermeiras para iniciar seu trabalho nas comunidades podem ser diferentes, mas demonstram a necessidade de buscar caminhos para a realização mais adequada de seu trabalho. Em geral, as profissionais vivem em conflito, porque elas até podem saber como é o melhor, mas estão pressionadas, porque têm que mostrar serviço, existe o trabalho a ser realizado, representado pela rotina da Unidade Básica de Saúde e pelo qual são cobradas. De outro lado, nem sempre a expectativa da enfermeira em relação ao seu trabalho vai ao encontro daquela esperada pelos outros profissionais e pela população.

Nesta mesma linha, uma outra enfermeira percebe que a equipe de saúde desenvolve um trabalho desarticulado, onde cada profissional desempenha as suas ações isoladamente, o que gera insatisfação no trabalho, porque a enfermagem não é valorizada como deveria, especialmente pelo seu papel na educação em saúde e prevenção das doenças.

Aqui, tem tudo para fazer, vontade não falta, só que o enfermeiro não é visto, não é valorizado, o que desmotiva a gente. Então, a gente faz um levantamento das necessidades, dos problemas e não acha uma resposta. Até inicialmente parece que a pessoa aceita, nós vamos conseguir... Parece que está no mesmo barco, ajudando a gente, mas com o passar do tempo se vê que nada foi feito e que nada está sendo feito, então, a gente se decepciona muito e acaba numa situação de insatisfação [...] Eu vejo assim, a gente pode fazer muita coisa, só que iremos conseguir se houver uma equipe multiprofissional que realmente trabalhe, que seja realmente

uma equipe, que não seja uma “equipe” com uma pessoa trabalhando com uma saúde pública já ultrapassada. Nos dias de hoje a gente não deve pensar, por exemplo, em doenças e internações e sim a gente tem que chegar na frente, pensar antes, trabalhar a pessoa antes de adoecer. Orientar, educar e conscientizar algumas coisas nesta área.

As enfermeiras, de modo geral, parecem distinguir um trabalho em equipe de um trabalho feito de forma desarticulada, e sabem que o trabalho em equipe pode trazer resultados mais satisfatórios para as pessoas cuidadas. A desvalorização do papel educativo da enfermeira e sua participação efetiva na prevenção das doenças torna-se um fator de insatisfação e perda de perspectiva, pois faz parte das referências fundamentais do seu trabalho.

Fatores de prazer e de desgaste no trabalho

No que se refere ao **prazer no trabalho**, foram destacados dois tipos de fatores, agrupados a partir das falas das enfermeiras entrevistadas: pelo trabalho em si e pelo reconhecimento do trabalho.

Em relação ao trabalho em si, o que se evidenciou na fala de todas as enfermeiras, como fonte comum de prazer, é o fato de **poder trabalhar com as pessoas**. Esta situação refere-se a “poder orientar”, “conversar”, “ajudar as pessoas”, “fazer palestras”, “conscientizando-as” em relação aos problemas de saúde, tanto de forma individual, através da consulta de enfermagem, como de forma coletiva, através dos grupos nas comunidades, nas escolas, grupos de terceira idade e outros que são organizados nos postos de saúde. Este prazer pode ser percebido na fala de uma das enfermeiras, na qual o trabalho em si fica muito claro, mesmo sendo no sentido de dar infra-estrutura, através de trabalho burocrático:

a maior realização é trabalhar com o público, visando sempre os cuidados preventivos: realizar palestras, fazendo aquele trabalho que envolve toda a equipe de saúde, ver se está tudo em dia, mesmo relatórios, gosto também, embora seja burocrático, porque a gente sabe e gosta. Eu me realizo mais trabalhando com pessoas, porque é um trabalho prático, não gosto de só ficar trabalhando em papéis, gosto de trabalhar na parte prática. Ao mesmo tempo, os papéis são importantes, porque a gente tem que comprovar aquilo que faz. Todo o trabalho que é feito em todos os setores exige esta parte de registros, esta burocracia.

A enfermeira, a seguir, refere o prazer pela realização do trabalho com grupos na comunidade e na consulta de enfermagem, com os alunos das escolas do município:

então, atividades ligadas mais a grupos, mais à comunidade, nas escolas também, que a gente faz trabalhos com os alunos... A gente fez palestras, fez consulta de enfermagem com os alunos, praticamente todos os alunos do município. A terceira idade, que eu adoro ...

O fato de poder trabalhar com as pessoas, em que o prazer é oriundo do cuidado, também foi referido por Lunardi Filho (1997), em uma pesquisa realizada com enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que trabalham em hospital, na qual ficou evidente que “a necessidade de ajudar e de sentir-se útil”, “trazendo um prazer imenso”, são situações referidas como fontes de motivação para o trabalho.

Outra fonte de prazer, referida por algumas enfermeiras, é o **trabalho em equipe**, quando é tudo planejado e cada um consegue fazer a sua parte, integradamente. Dirigir e organizar o trabalho, planejar, fazer projetos, colocando-os em prática, elaborar os relatórios, fazer os registros que comprovem o trabalho da enfermagem, coordenar o programa de agentes comunitários de saúde, poder ler mais, atualizar-se na profissão, são também referidos como formas de prazer por algumas enfermeiras.

O que dá mais alegria é quando tu vês, por exemplo, se tu planejas um grupo de gestantes, que era uma das coisas que eu gostaria muito de implantar e consegui. Então hoje está dando certo. Nós temos vários profissionais que fazem parte de uma equipe multiprofissional, então é uma coisa que te realiza, que tu vês que está dando certo.

O **reconhecimento do trabalho da enfermeira** pela população, pelos profissionais de saúde e pelas autoridades locais é também referido como fonte de satisfação.

A gente vê assim que os próprios profissionais, os médicos daqui, estão elogiando. A câmara de vereadores também elogiou o trabalho,. Isto está sendo muito gratificante, porque as pessoas já estão reconhecendo, chegando para ti de mansinho e te elogiando. Os méritos são de toda a equipe aqui do posto, tem as gurias aqui do posto que encaminham, que ajudam.

Destaca-se, especialmente, o **reconhecimento da população**, que pode ser identificado como a confiança que as pessoas têm no trabalho da enfermeira, o carinho demonstrado, a satisfação, a valorização e os elogios recebidos, pois as pessoas buscam o serviço para se sentirem melhor. Algumas enfermeiras relacionam este reconhecimento do trabalho com o fato das pessoas confiarem no seu conhecimento e por ser cidade pequena, onde as pessoas costumam agradecer mais. Embora o trabalho seja lento, há um retorno através da mudança de algumas práticas.

Eu gosto de poder ajudar, a gente tenta fazer o melhor, ajudar, acho que eu me sinto realizada deles dizerem muito obrigado, porque tu fizeste isso. E eu gosto de tudo que faço aqui, pelo lado de poder ajudar as pessoas, na parte mais humana. Sentir que tu estás sendo bem recebida, que tu podes ajudar esta pessoa... E eu sempre procuro fazer, acho que todo o mundo é assim, em tentar fazer o melhor, se sentir realizado, porque está ajudando, neste sentido aí.

Nota-se que o próprio reconhecimento da enfermeira aparece muito mais no trabalho em saúde pública, o agradecimento é mais visível até pela maior proximidade, especialmente em comunidades rurais, onde todos se conhecem.

Na fala a seguir, a enfermeira identifica o trabalho interativo, no qual o reconhecimento das pessoas é percebido pelo fato de procurarem o serviço, não só para receber um tratamento técnico, mas também para ter a oportunidade de conversar, buscando ajuda para os seus problemas pessoais:

as pessoas estão buscando o posto não só para o atendimento, mas também para conseguirem se sentir melhor. Às vezes elas sentem algum problema e vêm procurar a gente para poderem conversar, desabafar, para poderem ter uma vida um pouco melhor.

Esta mesma situação pode ser percebida em alguns momentos do período de observação, quando os clientes buscavam a ajuda da enfermeira, relatando suas dificuldades e, juntos, projetavam alternativas de solução. Nestes casos, ficava expressa a gratidão pela atenção recebida através do atendimento e pela interação estabelecida. Muitas teorias de

enfermagem, com diferentes abordagens, como as de Nightingale, Leininger, King, Rogers, Parse, consideram a interação humana de fundamental importância para o melhor desenvolvimento do cuidado (Alonso, 1999). Jennings e Meleis, citadas por Alonso (1999, p. 204), dizem que “a interação humana traduz a essência da Enfermagem, na dinâmica da comunicação e se processa à medida em que o enfermeiro se relaciona com o paciente. Para estas autoras, este processo é influenciado por determinantes culturais e ambientais.” Isto também é evidenciado por alguns autores, não enfermeiros, que abordam a questão do cuidado, como Boff (1999) e Mayeroff (1971). Para estes autores, interagir com o outro, através do cuidado, faz parte da realização pessoal. Alonso (1999) traz também autores que consideram a importância da interação humana em diferentes aspectos, como Freire e Gramsci. Freire reconhece a interação humana através de uma característica dialógica, no processo de ensino-aprendizagem, e Gramsci, como algo inerente à própria concepção do ser humano, traduzindo-se por meio de relações ativas, que encontram-se justapostas através do trabalho e da técnica, sendo ativas e conscientes.

Na concepção das enfermeiras, sujeitos desta pesquisa, fica evidenciado este importante elemento integrador do cuidado, de forma tão preponderante, que se torna um dos fatores de satisfação e prazer no seu trabalho com as pessoas. Esta marca no trabalho das enfermeiras está presente em todas as fases históricas, talvez, nem sempre muito consciente, mas fazendo parte da possibilidade de trabalhar com o ser humano, através da troca e da afetividade que a interação humana proporciona.

Sobre as fontes de **sofrimento** no trabalho, das nove entrevistadas, seis referiram problemas relacionados com os clientes, cinco com a estrutura administrativa do trabalho e quatro em relação à equipe.

Os **fatores relacionados com os clientes** dizem respeito às dificuldades que as pessoas têm de mudar de atitude frente aos problemas; a falta de interesse em participar dos programas organizados; a reclamação e a insatisfação das pessoas que ficam contra, falando, através de boatos; a impaciência das pessoas que não sabem esperar a sua vez, querendo ser atendidas prontamente, causando estresse na equipe; o fato de não conseguir resolver os problemas do paciente. Percebe-se que a dedicação das enfermeiras ao trabalho com as pessoas nem sempre resulta em fonte de prazer. Muitas situações são referidas como desgastantes, especialmente aquelas nas quais o trabalho não é reconhecido e o cliente demonstra insatisfação. Outra situa-

ção referida pelas enfermeiras é quando, fugindo do alcance da sua atuação, não consegue realizar o trabalho como deveria, não atendendo o cliente nas suas necessidades.

A insatisfação do usuário é um desprazer para a gente. Acho que a execução do serviço quando a gente vê que não dá para fazer como teria que fazer também causa desgaste.

Outro elemento que causa insatisfação, levando ao desânimo, é o fato de algumas pessoas, sem conhecer o trabalho, manterem uma postura crítica, bem como a falta de participação das pessoas em alguns programas realizados pela enfermeira ou equipe de saúde, como é o caso da situação a seguir:

outra coisa que desgasta são as pessoas que ficam contra, falando... Claro que, de cem, vamos supor, noventa e oito adoram, gostam do programa, e dois são contra, mas a gente vai dar valor para aqueles dois... Outra coisa que desgasta é tu fazeres pela comunidade, se empenhar bastante e a falta de interesse de alguns em participar. Isto desanima também.

Com relação à **estrutura administrativa**, os fatores de desgaste envolvem problemas econômicos e a falta de resolubilidade, pela falta de verba para projetos, de transporte para realizar atividades no interior; por não ter para quem encaminhar os clientes, quando não há solução no município; por tentar resolver os problemas e enfrentar muita burocracia, com verdadeiras maratonas; pela demora para obter resultados, tudo isto porque o sistema de saúde não corresponde às necessidades do município.

O que frustra bastante é tu esbarrares em coisas sem resolubilidade, então te desanima, te decepciona, porque tu achas que vais resolver um problema, porque às vezes vêm problemas até aqui, queixas. Tu queres resolver os problemas das pessoas e tu não tens para quem encaminhar, até mesmo para alguma especialidade. Tu notas que não adianta, que a pessoa já está, há três ou quatro meses sendo atendida aqui e que precisa de um especialista, então tu vais marcar uma consulta, às vezes demora e ela desanima. Às vezes a pessoa é carente, não tem como pagar um particular, não tem nenhum convênio. Isto é uma das causas que nos desgasta psicologicamente, que tu estás com as mãos amarradas, que tu não consegues resolver, que são os encaminhamentos.

Estas situações foram relatadas ou observadas em muitas ocasiões, durante o período de coleta de dados, sendo que a enfermeira demonstrava a inconformidade frente ao sistema que não permite a efetivação do cuidado humano, conforme os valores fundamentais da profissão, levando a um sentimento de frustração e impotência. A não resolubilidade dos problemas sociais que agravam a saúde da população, fazendo-a retornar sistematicamente à instituição é outro fator associado à insatisfação no trabalho das enfermeiras também encontrado por Cunha (1994), em pesquisa realizada entre enfermeiras brasileiras e alemãs. Esta mesma autora refere que:

a ética da enfermagem, caracterizada pelo alto valor que essas enfermeiras dão à ajuda ao ser humano, à solidariedade, ao respeito, à dignidade e à individualidade surge como a mola propulsora ou essência da sua motivação, contudo a ética do mercado de trabalho capitalista afastam-nas de seus ideais impossibilitando-as de concretizá-los (Cunha, 1994, p. 82).

No que se refere ao **trabalho em equipe**, as enfermeiras que citaram este fator dizem ser a falta de coleguismo, a dificuldade de planejar em equipe, a falta de integração com os médicos e a falta de consciência política em relação ao trabalho da enfermagem as principais causas de desgaste.

Agora, as questões políticas aqui são bastante fortes e eu, como enfermeira, estou sentindo que não existe uma consciência política em relação ao trabalho da enfermagem, porque é sempre um profissional que vem trabalhar de forma bastante isolada, não faz aquela atividade, não consegue ter uma boa relação, não existe uma equipe. Então, tu fazes o teu trabalho, às vezes, até tem profissionais que te dispensam do posto, como quem diz, não tem necessidade de ficar no posto, porque não conhecem os programas, não conhecem as atividades do enfermeiro dentro de um posto de saúde e não conhece sequer o que rege em relação às coordenadorias de saúde, que eles exigem que tenha no posto de saúde. Ainda estão bitolados àquela mentalidade antiga de fazer consultinhas. E não vai para a frente. É difícil trabalhar assim.

Embora esta situação tenha sido referida em um dos municípios, o trabalho da enfermeira, nos diferentes programas vinculados à secretaria de saúde estadual, nem sempre é conhecido ou reconhecido como fundamental para o atendimento das pessoas no posto de saúde,

pelos demais profissionais de saúde. Muitas vezes este trabalho passa a ser uma atividade isolada, desarticulada dos demais trabalhadores de saúde, o que gera insatisfação e sofrimento,

eu vim para cá cheia de sonhos, de vontade de mudar as coisas, encontrei um município em que a saúde pública não era nem um pouquinho organizada, não tinha nada... Sabe, era um posto onde tinha uma enfermeira que só verificava os sinais vitais, não se preocupava em ver os problemas da comunidade, não se preocupava em fazer uma palestra educativa para nenhuma escola. O papel dela era só verificar sinais vitais. Neste posto tinha um médico, dentista e ponto. Esta era a saúde pública do município. Então tinha tudo para construir. Então, comecei o meu trabalho e cada coisa que criava, eu tinha um pedacinho de asa cortada. Fui tendo o meu trabalho até certo ponto boicotado pela própria equipe de saúde. Porque, assim, eu estava criando coisa nova. Eu estava mexendo demais até com a própria rotina de trabalho das pessoas.

Percebe-se que os mesmos fatores de satisfação são também referidos como fontes de sofrimento, pois fazem parte de toda atuação, aparecem como pólos de um mesmo elemento. Os clientes, a equipe de trabalho, a estrutura administrativa, os relacionamentos podem tanto fazer parte dos fatores de prazer quanto de insatisfação.

Concepção de cuidado e não cuidado

Quando questionadas sobre o seu entendimento do que seja cuidado, algumas enfermeiras tiveram dificuldade de expressar sua concepção, sendo que uma delas refere que *“é uma coisa muito complexa. Eu sou ainda daquele conceito de assistência.”* Nesta situação, pedi que ela transferisse o conceito para assistência. As concepções a seguir descritas são decorrentes da interpretação de cuidar e cuidado ou assistir e assistência, mas que passo a agrupar como conceitos de cuidar e cuidado.

Várias foram as **concepções de cuidar e cuidado** apresentadas pelas enfermeiras, envolvendo conhecimento técnico, sensibilidade, resolubilidade dos problemas apresentados, visão de integralidade e educação para a prevenção de doenças.

Uma concepção que se expressava na maioria das falas é de que: **“o cuidado é com o todo”**. Este “todo” refere-se a vários aspectos, podendo ser em relação ao todo da pessoa

em sua inserção nos diferentes cenários da vida privada e pública, isto é, na sua casa, com sua família, participando de uma comunidade, e no seu trabalho. Isto porque o cuidado, para ser efetivo e trazer alguma modificação positiva para a pessoa cuidada, necessita partir do seu contexto de vida.

Para mim, assistência é ver a pessoa como um todo, é vê-la dentro da sua casa, dentro de uma comunidade e dentro da família. Isso para mim é assistência. Não adianta dar assistência só no posto, isso para mim é uma meia assistência, um quarto de assistência. Não adianta tu só falar, falar, falar e a pessoa chegar lá e não ter as condições de fazer nada daquilo que tu falaste. Então, tem que ir lá, [...] tem que amassar barro mesmo, para ter certeza de que aquilo que tu falaste, que tu pregaste, pode realmente acontecer. Quando a pessoa fala uma coisa, a gente imagina, quando vê a realidade, daí muda completamente a assistência que tu vais ter que prestar...

Outra forma de explicitar o cuidado com o “todo” referia-se à **interação enfermeira-cliente**, através de expressões de que cuidado é tudo que se faz e que visa o benefício da pessoa, desde um gesto que aproxime, que dê tranquilidade, valorizando-a, permitindo que ela consiga expressar os seus problemas e que possa ser encaminhada a melhor solução.

O cuidar em enfermagem seria o todo, o menor gesto que se faz é cuidar, contanto que isto venha em benefício da pessoa. A palavra, o sorriso, o bom dia que dou de forma tranqüila, eu passo alguma coisa boa e a pessoa vai ter abertura de falar. Ela vai se sentir livre, vai se sentir tranqüila [...] e colocar os seus problemas e, a partir daí, é que nós vamos conseguir ajudar essa pessoa e ajudando é um cuidado...

Eu acho que em primeiro lugar tratar a pessoa como um todo, oportunizando o diálogo, atender uma pessoa, não só atender por atender, mas procurar conversar com ela e, às vezes, neste meio tempo, a gente passa muita mais tempo conversando, oportunizando esta abertura das pessoas e isso é uma coisa que gratifica muito. Tu notares que a pessoa conversou contigo e saiu bem.

Também o “todo” do cuidado se referia a **dar suporte para o cliente**, isto é, através de um somatório de ações conseguir ajudá-lo, com o levantamento das situações que necessitam de ajuda; dar condições favoráveis para ele melhorar; conversar durante os procedimentos,

orientando, procurando deixar o cliente mais tranquilo; aproveitar as oportunidades de convívio para prevenir doenças; observar e detectar outras necessidades, tendo antevisão, a partir da necessidade aparente, indo além da rotina; fazendo trabalhos burocráticos, quando este visa a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem ou da equipe de saúde; encaixar o papel de orientadora e educadora em todos os procedimentos; fazer encaminhamentos adequados.

... É dar um suporte para as pessoas poderem melhorar, evitar doenças e poder tentar melhorar da melhor forma possível o estado em que se encontram. Então tu vais orientar, vais dar um suporte, dar condições favoráveis para ela melhorar.

Cuidado de enfermagem não é só aquilo que a gente está fazendo no atendimento, que tu vais prestar ao paciente. Muitas vezes, digamos, por exemplo, numa vacina, que é uma das atividades, tu vais fazer a vacina, vais pesar, vais conversar, vais ver a alimentação, se está amamentando, então o cuidado não é uma coisa só, aquilo que está apresentando naquele momento, mas muito mais além, até o encaminhamento que vai ser dado, de repente uma criança desnutrida, se tem problema, encaminhar para o médico, para uma avaliação, tem várias coisas... Eu acho que é ver o paciente, ver no atendimento daquela pessoa ali, seja criança ou adulto, num todo. Às vezes, a gente não consegue fazer isso, por vários motivos. Isso é que é o difícil.

Abrange também o cuidado em **todo o ciclo vital**, nas diferentes fases da vida, desde a gestação, o recém nascido, a criança, o adolescente, o adulto e o idoso. Havia, ainda, a preocupação, por parte de algumas delas, de não conseguir realizar este cuidado da forma que achavam adequado, pois nem sempre é possível, por diferentes razões, desde a falta de pessoal, o excesso de burocracia e as dificuldades de relacionamento na equipe.

Não é só a medicação que vou administrar, o cuidado direto que vou fazer... Acho que cuidar é o todo, começa até desde antes da concepção, o cuidado que a mãe tem com o filho, durante a gestação e o cuidado na enfermagem é o que podemos orientar esta pessoa desde criança, desde sempre, desde quando a gente vê ela como pessoa, valorizá-la como pessoa, como um todo.

O que chamava a atenção no discurso da maioria das enfermeiras, portanto, é a resposta imediata que é dada quando questionadas sobre o significado de cuidado: “o cuidado

é com o todo”, embora este “todo” possa ter significados distintos para cada uma delas. Esta situação não é diferente do que nos traz (1998-b, p. 7), quando discute a necessidade de viabilizar o discurso da enfermagem, enquanto disciplina. Isto se constitui numa das grandes dificuldades atuais, pois, como tem referido a autora, a comunidade de enfermagem tem colocado no seu discurso o “assistir ou cuidar o ser humano/cliente como um todo, ou seja, numa abordagem holística” e, no entanto, “na prática, as ações dão-se de forma fragmentada e são limitadas. Percebe-se, ainda, uma orientação nos tratamentos, nas intervenções, priorizando a cura e não o processo de cuidar.”

Cuidar estava relacionado também com resolver o problema das pessoas imediatamente ou encaminhando-as, quer seja no posto de saúde ou para outros níveis, no sistema de saúde. Especialmente cuidar, nesta abordagem, significa **fazer alguma coisa para resolver a situação** difícil em que a pessoa se encontra, como o que diz uma das enfermeiras,

cuidar é quando tu estás dando aquela assistência, tu estás ajudando, estás fazendo alguma coisa para direcionar no que ela precisa. Então, cuidar, se eu vou fazer uma visita, se a pessoa está com dor, encaminhá-la para o médico ou para uma consulta especializada. Ou pré-natal no posto, ou quando encaminha a criança para o médico. Então cuidar é tu fazeres alguma coisa para tentar tirá-la daquela situação ruim em que ela se encontra.

Nesta concepção de cuidar, está implícita uma relação de ajuda no sentido de tirar a pessoa da situação difícil em que se encontra, inclusive de desvalia, procurando integrá-la no sistema de saúde, a que tem direito, mas que muitas vezes não se encontra acessível ao cidadão. Isto implica em estabelecer prioridades frente ao que foi detectado.

Em oposição ao cuidar, quando questionadas sobre o que significava **não cuidar**, na enfermagem, as enfermeiras caracterizaram fatores ligados ao sistema de saúde e fatores ligados ao profissional.

Os **fatores ligados a problemas do sistema de saúde** referiam-se a deixar de dar atendimento, atenção, orientação ou realizar qualquer procedimento por falta de pessoal, de tempo, de verba, de transporte e de sistema de referência e contra referência,

o não cuidado é quando eu não consigo realizar e solucionar o problema da pessoa, por mais simples que seja. Até mesmo quando ela vem aqui pedir uma ajuda... É deixar de orientar porque tem outro compromisso, é deixar a pessoa de lado, não dar atenção, deixar uma comunidade sem atendimento porque não há transporte ou outro motivo, é não ter dinheiro para exames, medicamentos...

A forma como está sendo organizado o Sistema de Saúde vigente tem sido uma das dificuldades para o melhor desempenho do cuidado de enfermagem, pois, para muitas enfermeiras, cuidar ou não cuidar corresponde a ter condições ou não de viabilizar o sistema de referência e contra-referência, muitas vezes através de encaminhamento para especialidades médicas ou exames complementares mais sofisticados, que não são acessíveis no município de origem. Isto tem sido referido como um fator de desgaste maior, porque é a enfermeira que é procurada pelo cliente, é ela que tem contato direto com o transtorno daquela pessoa. A impotência frente a situações em que não há mais vagas para estes procedimentos, não há transporte adequado, ou mesmo quando há falta de medicamentos tem sido fonte de sofrimento no trabalho, pois estas situações são referidas como não cuidado, pela enfermeira, embora não dependa diretamente do seu trabalho.

Os fatores ligados ao profissional referiam-se a realizar técnicas isoladas, sem interação com o cliente, sem troca de informações com ele; ser negligente, com desinteresse, não querendo enxergar o cliente como um todo; fazer só a rotina, não percebendo a necessidade real do cliente:

eu acho que a gente faz muito mais o que é rotina de fazer, mas não faz, não tem a preocupação de realmente ver se atendeu, porque, às vezes, a maior necessidade não é aquela que ele procura. Às vezes, não é a vacina que ele foi fazer, são outros problemas que podem ser verificados. E aí a gente faz a obrigação do atendimento, mas deixou a desejar neste sentido, não pode dar o encaminhamento que deveria ser dado. Isso é com a criança, com o idoso, com o hipertenso, o diabético, tudo, não é?

Nesta fala transparece, com nitidez, o papel da enfermeira de ir além das aparências do que é apresentado pelas pessoas que buscam a assistência em saúde. Torna-se, neste caso, essencial a presença de uma habilidade para detectar outras necessidades, que estão presentes, mas que não são evidentes, a necessidade de ir além da “obrigação”. No entanto,

como refere a própria enfermeira, esta não é uma prática comum nesta localidade, pelo contrário, o cuidado se dá naquilo que está aparente, ficando o fundamental, aquilo que poderia fazer a diferença no cuidado, como se não existisse. De certa forma, a percepção desta necessidade oculta de cuidado, para resolver as questões de saúde, já se constitui num primeiro momento para esta nova prática.

Ao mesmo tempo, com uma enfermeira de outra localidade, quando observado o seu trabalho, tem-se o que consta no relato do diário de campo:

uma mulher, com trinta anos, mãe de três filhos, veio em busca de camisinha, mas a enfermeira aproveita o momento para orientar cuidados com os filhos e com ela mesma. Pergunta pelo peso das crianças (que estão desnutridas). Orienta sobre alimentação e prevenção de complicações para o inverno. Orienta a mulher sobre mudança de hábitos, em relação da postura e dor na região lombar, pois não adianta só fazer o tratamento. Detecta pediculose nas crianças e entrega-lhe um par de luvas e a medicação para combater pediculose, orientando o uso da medicação e cuidados para tratar e prevenir.

Então, podemos perceber que já existem algumas práticas, entre as enfermeiras, que vão além da constatação da necessidade e partem para uma nova postura, mais integrada e com múltiplas dimensões do cuidado, atingindo a pessoa cuidada em seu contexto de vida.

Outra situação de não cuidado, referido por uma das enfermeiras, é quando esta profissional ocupa-se realizando atividades que poderiam ser executadas por outros profissionais, deixando de lado aquelas que são sua função exclusiva,

o não cuidado é quando a gente está fazendo tarefas que outras pessoas poderiam estar fazendo e, às vezes, a gente acaba fazendo. Acaba até gostando de fazer isso ou acaba fazendo, porque precisa e vai se descuidando da função da gente.

Esta tem sido uma das críticas da prática profissional da enfermagem, fazer atividades que poderiam ser realizadas por outros profissionais, a fim de que a enfermeira seja liberada para agir no cuidado com as pessoas. O trabalho burocrático ou ações simples de suporte a outros profissionais, entre outras, tem envolvido sobremaneira as enfermeiras, afastando-as da essência, que é o cuidado.

4.2.2 - Categorização do cuidado

Os dados contidos neste item são originários do diário de campo, elaborado durante o período de observação do trabalho das enfermeiras e complementados pelas entrevistas e análise do Regimento do Serviço de Enfermagem do município e Plano Municipal de Saúde. Dos sete municípios, cujas enfermeiras participaram da pesquisa, foi feita observação do trabalho de cinco delas. Seis municípios possuíam Plano Municipal de Saúde e quatro o Regimento do Serviço de Enfermagem. Os demais estão em fase de organização.

É importante ressaltar que as ações aqui descritas do trabalho das enfermeiras, constituem-se de recortes da realidade, no período das observações. Isto significa que o trabalho desenvolvido por elas é muito mais abrangente e não poderia, neste período de tempo, abarcar todo o seu conjunto. Por outro lado, a descrição do trabalho de cada município talvez possa complementar a de outro, dando uma visão mais ampla do desempenho das enfermeiras nestas localidades.

Cuidando do Ser Humano

Nesta parte será abordado o cuidado desempenhado pelas enfermeiras com as pessoas. No geral, como consta no respectivo item, quando perguntadas sobre qual é a maior fonte de prazer no trabalho, as enfermeiras responderam estar vinculada ao trabalho com as pessoas, quer realizando algum tipo de ação, quer sobre a valorização das pessoas sobre o seu trabalho, o que evidencia o cuidado humano e o relacionamento com as pessoas como o grande momento do trabalho das enfermeiras. Os dados encontrados neste item foram agrupados de acordo com as ações relativas à **interação enfermeira/cliente, à educação em saúde e aos procedimentos e técnicas.**

A interação enfermeira/cliente

Durante o período de observação, percebeu-se que a relação estabelecida entre a enfermeira e os clientes foi muito próxima. Em muitos momentos ela assume o **papel de**

intermediária entre o cliente e o Sistema de Saúde, quer seja interferindo para a marcação de consultas, encaminhamentos para especialidades, conseguindo medicação que está em falta no posto ou transporte para viagem para consultas. As pessoas, sabendo de seus direitos ao sistema de saúde, buscam a assistência, muitas vezes, através da intermediação da enfermeira. Muitas vezes a aproximação se dá em locais e momentos da vida privada da enfermeira, na sua casa, no supermercado, na rua. Todo momento e local é oportunidade de conseguir aquilo que acreditam necessitar.

Para uma das enfermeiras, o papel da profissional, na interação com o cliente, deve permitir o estabelecimento de troca, sintonia, sem que haja a criação de expectativas fora da sua realidade. Em primeiro lugar, a enfermeira deve conhecer o contexto de vida da pessoa cuidada, depois, com o diálogo, estabelecer formas de cuidar, através da orientação relacionada com as suas possibilidades,

eu acho que tem que ter uma troca, uma sintonia, os dois para poder surtir efeito. Não adianta eu dizer faz isso, faz aquilo, tem que fazer, tem que lavar, tem que verificar a pressão todos os dias. Eu acho que eu tenho que dizer para ele assim: é importante a verificação da pressão todos os dias, o senhor tem que se cuidar na alimentação para a pressão. Não adianta eu exigir, a gente tem que conversar, o diálogo é fundamental para as duas partes. Não adianta eu dizer para ele, come bem, come tudo. Não adianta tu dizeres para a gestante que ela tem que comer verdura, que ela tem que comer carne todos os dias, tem que tomar leite, se ela não tem nem arroz para dar para às crianças. Então, tu conhecendo a realidade e conversando, tendo diálogo e dando abertura para ele falar é que tu vais poder direcionar a tua orientação para ele melhorar em seguida. Então, assim, os dois têm que conversar para tu poderes achar uma melhor solução que se adapte à realidade dele, às condições financeiras dele e do meio onde ele vive e se ele está em estado precário ou não. Então eu vou saber orientar e ele vai poder melhorar.

Esta fala representa uma aproximação com o que preconiza Briceño León (1996, p. 7), em suas sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária, onde postula dois princípios de trabalho: é necessário conhecer e contar com o ser humano, os quais se expressam em duas premissas: "somente conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias de vida é possível uma ação eficiente e permanente em saúde; e nada pode mudar a saúde do outro, se este não quer fazê-lo por si mesmo". Com este enfoque, não há como

trabalhar em educação na saúde sem conhecer o ser humano em suas diferentes dimensões, no seu contexto de vida. No entanto, na manifestação da enfermeira, não há uma preocupação com o conhecimento do modo da pessoa se cuidar, com a sua cultura, o que poderia ser uma tendência para o que Leininger (1991) refere como cuidado cultural. Mesmo assim, já é evidente a importância de um cuidado estabelecido através do diálogo e de conhecimento das circunstâncias em que vive a pessoa, seu modo de vida, a fim de que a interação não se dê de forma desarticulada.

Quando questionadas sobre o **papel do cliente ou paciente ao ser cuidado**, as enfermeiras responderam das formas descritas a seguir. Algumas afirmaram que o paciente deve ser interativo, isto é, deve ouvir, questionar e até não concordar com as orientações, com espírito crítico, para ver se aquilo que está sendo proposto é bom para ele. Portanto, ele deve ter a liberdade de pensar se é bom e só então aceitar. A partir do momento em que ele estiver conscientizado, poderá mudar, pois entendeu realmente as causas do que foi proposto.

O cliente tem que ser interativo, tem que ser ativo, não adianta eu só falar, falar e aquela pessoa ficar na minha frente só dizendo sim, sim, sim... Bom, daí eu me frustro. Daí eu sei que não fiz nada, porque, se ele não me indagar, se ele não me questionar, se ele não até discordar de mim, eu sei que não estou fazendo um papel de enfermeira. Então, para mim, ele tem que ser ativo. E não é fácil, muitos não são ativos e daí entra aquela coisa assim: tem que saber a realidade que mora, a realidade na qual aquela pessoa está inserida. Tem que ir na casa, tem que conversar com a família. Sabe, eu fico muito preocupada com uma pessoa que chega para falar comigo e só concorda, só diz sim, diz que vai fazer. Eu tenho a sensação de que aquela pessoa não vai fazer nada do que estou falando.

Outras enfermeiras disseram que a função do paciente é ouvir e tentar pelo menos gravar e dizer que realmente vai fazer aquilo que a enfermeira falou. Deve, portanto, ter receptividade. Então, a cura, praticamente depende dele. O paciente tem a responsabilidade de cuidar-se, não só receber a medicação, mas saber que é importante tomá-la corretamente para ficar bom, ficar curado. E cuidar também de todo o resto, da higiene, que é fundamental, o tratamento tem que ser seguido conforme a orientação médica e todos os cuidados que foram orientados pelo médico ou pela parte de enfermagem. A enfermeira estará junto, cuidando, ajudando, mas o paciente tem que se dar conta que é ele que precisa melhorar.

Ele vai ter que se cuidar, no sentido de receber as informações, no momento que eu faço, eu o oriento, que eu presto atendimento ou alguma coisa, que ele se ajude e que ele tenha consciência que ele tem que fazer também, porque senão ele não vai melhorar. Então, receber uma orientação e saber aplicar esta orientação e não só receber porque tem que receber. Eu acho que a função do paciente é ouvir e tentar pelo menos gravar e dizer aquilo que a enfermeira falou, "realmente eu vou fazer". Então, a cura, praticamente, depende dele. Eu vou estar junto, vou cuidar, vou ajudar, mas acho que o paciente tem que se dar conta que é ele que precisa melhorar.

O autocuidado foi também identificado como elemento fundamental nos programas de saúde preventiva nos municípios. Parece estar implícita, na fala a seguir, a importância da educação em saúde para a autonomia do cliente:

eu acho assim, a gente ajuda, mas eles têm que se ajudar, porque o objetivo principal do programa e da saúde preventiva em todos os municípios tem que ser assim, tu orientas a população para o autocuidado, ela mesma vai ter que se cuidar. Não adianta tu fazeres para ela e ela ficar de braços cruzados, aí ela sempre vai esperar que tu faças por ela.

Por outro lado, algumas enfermeiras percebem que muitos pacientes, quando atendidas as necessidades que os levou ao posto, recebendo alguma medicação, já se satisfazem, pois quando são tentadas orientações para prevenção de doenças e promoção da saúde, as pessoas não se interessam, deixando a desejar, porque gostam de receber as coisas prontas.

A maioria das pessoas que são atendidas, se atendeu a necessidade, o que ela foi procurar, está tudo bem, ela está satisfeita e aí, muitas vezes eu sinto que, se a gente tenta e consegue conversar sobre outras coisas, outros problemas que a gente vê, a questão da prevenção, a questão de promover a saúde, eu acho que os pacientes deixam a desejar bastante, porque eles gostam de receber as coisas prontas...

Em outras ocasiões, quando são feitas orientações, as pessoas nem ouvem direito, não ficam atentas e, quando questionadas sobre o cuidado, não conseguem repetir. Muitos destes casos são de pessoas que chegam ao posto para conseguir falar sobre seus problemas, expor suas dificuldades. Trata-se de uma região onde o índice de depressão é elevado

e esta é uma oportunidade para conseguir relatar a sua situação, suas dificuldades e a busca de alternativas para a solução dos problemas de relacionamentos e existenciais. Em muitas ocasiões, este é o único momento de interação e a dificuldade de perceber as orientações fica explícita pela situação referida por uma das enfermeiras:

às vezes, tu estás orientando um cuidado, por exemplo, de uma assadura, estás orientando a mãe e a mãe não está nem aí para o que tu estás falando. Eles têm que ser receptivos também para aquilo que tu colocas, ter atenção em ouvir, não é? O que a gente percebe é que eles vêm muito para colocarem os problemas, é uma região muito depressiva aqui [...] Então, muitos dos problemas, não vou dizer cinquenta por cento, mas é mais para ouvir, eles querem vir colocar os problemas, desabafar...

Então, a interação humana, facilitada pela comunicação, constitui-se num dos eixos fundamentais do cuidado, especialmente no que se refere à educação em saúde. Para as enfermeiras, isto é evidenciado quando determina o papel de cada um dos sujeitos sociais que estabelecem uma **relação de cuidado**. Nesta relação, à enfermeira cabe o papel de ouvir, conhecer a realidade e, a partir desta circunstância, proporcionar um diálogo articulado com a realidade de vida do ser cuidado, através da educação em saúde. À pessoa cuidada, compete o papel de ser também ativo, interativo, responsabilizar-se por seu cuidado, em uma busca constante do autocuidado, o que evidencia a sua autonomia como cidadão.

A educação em saúde

O processo de trabalho da enfermeira em seu dia a dia encontrava-se impregnado de ações educativas. Quase a totalidade das ações da enfermeira consistia de algum tipo de orientação, quer seja na realização de procedimentos ou nas ações educativas propriamente ditas. Em todos os momentos em que um cliente se aproximava da enfermeira havia alguma fala orientadora, a indicação de formas de cuidados ou mesmo uma prescrição pré-estabelecida, como aquelas que fazem parte dos cuidados com as vacinas.

A educação em saúde, observada durante o período de coleta de dados, consistia em trabalhos coletivos e individuais.

As ações educativas coletivas compreendiam reuniões e cursos para grupos específicos como: de terceira idade, de gestantes, de hipertensos, de trabalhadores rurais, de alcoólicos anônimos, de escolares, de adolescentes e de grupos heterogêneos, como os que se encontravam na sala de espera para consultas.

Todos os municípios possuem **grupos de terceira idade** organizados, sendo que a maioria deles é mantido por associação própria, com diretoria, que realiza as programações com a participação direta ou indireta da secretaria de saúde e bem estar social de cada município, na qual a enfermeira tem algum tipo de participação. Em algumas situações a enfermeira é convidada a participar como responsável técnica ou palestrante das reuniões que têm como tema a saúde. No geral, ao término da palestra, é verificada a pressão arterial pela enfermeira e/ou auxiliar de enfermagem. Nestas oportunidades, o momento de encontro é aproveitado para que conteúdos importantes sejam transmitidos às pessoas presentes. Uma das enfermeiras relata como é organizado o encontro, no seu município:

o grupo de idosos compreende duas turmas na zona urbana, uma turma tem mais de sessenta participantes e se reúne todas as segundas-feiras, pela parte da tarde, a tarde inteira, e o outro grupo, todas as quartas-feiras e tem mais ou menos uns trinta participantes. Nesse grupo eu sou a responsável técnica, porque os grupos têm que ter alguém, no início foi uma médica, agora eu que sou a responsável técnica, tem o professor de educação física, que faz a atividade física em todas as aulas e a secretária de saúde que sempre vai junto comigo... Primeiro a gente conversa, das duas às três e meia a gente fica conversando com eles, ou faço palestras, ou faço expressão corporal através de teatro, ou faço as oficinas, ou deixo livre, porque uma vez por mês eles têm liberdade para fazer o que quiserem, um bingo, ou jogando cartas, se eles quiserem ficam a tarde inteira jogando cartas. Se quiserem ficar só jogando conversa fora, mas os outros três encontros do mês é organização minha... Sou eu quem programo as atividades ou os temas a serem abordados, segundo o que vou sentindo ser necessário

Os **grupos de gestantes** estão presentes em quatro dos sete municípios, sendo que um deles já teve o grupo, mas atualmente não possui profissionais para mantê-lo funcionando. As orientações são feitas pela enfermeira, na sala de espera ou individualmente, como pode ser visto na seguinte fala:

nós tínhamos o grupo de gestantes, funcionou um tempo, agora está mais parado, eu fiquei com a orientação mais a nível de sala de espera ou na hora que ela vem fazer a ficha para consultar, o pré-natal, é feita a orientação dos cuidados, todas as gestantes, principalmente as carentes, recebem exames, ultrassom, medicação, elas têm uma carteirinha própria da gestante [...] Era eu e a psicóloga que trabalhava junto comigo, nós tínhamos atendimento com ela. E com a gestante este grupo terminou até por falta de recursos humanos, se tivesse uma enfermeira só para isso, com certeza nós teríamos todos os grupos funcionando, também o grupo de hipertensos, o grupo de diabete, nós tínhamos todos estes grupos [...] a orientação é feita individual e não no grupo, a gente orienta quanto à alimentação, quanto à hidratação, quanto à dieta, principalmente.

A sala de espera é outro momento utilizado pelas enfermeiras para trabalhar temas de educação em saúde, como hipertensão arterial, cuidados com a alimentação, alcoolismo, tabagismo, entre outros temas, como na situação a seguir:

a gente orienta as pessoas sobre alimentação, sobre doenças, a gente explica, agora na época do inverno de como agasalhar, de como cuidar da saúde, da higiene, a gente pega aquelas crianças que se penduram nos carros e se acidentam, então a gente acaba falando...

A educação em saúde era também realizada de forma **individual**, fazendo parte de todas as ações da enfermeira. No geral, quando um cliente é cuidado pela enfermeira, quer seja na aplicação de vacinas, na entrega de resultado de exames, de medicamentos na farmácia do Posto ou na coleta de material para exame de preventivo de câncer de colo uterino, recebe algum tipo de orientação. Todo o **momento de contato** com o cliente é aproveitado para fazer as orientações indispensáveis a cada caso, como nas situações a seguir, na qual a enfermeira orienta sobre o auto-exame de mamas:

“vou te dar uma folhinha e mostrar como se faz. Se tu achares algo anormal, tens que vir no posto.” Orientou para tirar as roupas para o exame. A mulher sentou na mesa e ela postou-se na sua frente e disse: “Faz de conta que eu sou o teu espelho... É normal as mamas serem um pouco diferentes uma da outra, mas para isso tu precisas olhar todo o mês, porque então tu vais te conhecer e identificar logo se houver alguma diferença... Não pode ter algo que não tinha antes”. Diz para que ela deite e demonstra a palpação, dizendo: “tem que tocar toda a mama procurando algum caro-

cinho, alguma região mais endurecida. Por último, tu apertas para ver se sai alguma secreção. Na hora do banho é melhor, porque a mão desliza..”

Em pesquisa realizada com professores, alunos e egressos de diversos cursos de enfermagem, no Brasil, Saupe et al. (1999-a) constataram, na opinião das pessoas entrevistadas, a importância do preparo da enfermeira para ser educadora e que esta função está presente em todas as áreas de sua atuação. Entre os egressos dos cursos estudados, a opinião referenda este achado e assinala para a falta de preparo para este importante papel, como o que consta nos resultados da referida pesquisa,

confirmando a importância de ser e estar preparado para desenvolver ações educativas, os egressos referem que esta função está presente em todas as áreas de atuação. Todavia, o preparo recebido não é considerado suficiente e, segundo os entrevistados, precisaria ser mais dinâmico, diversificado e ministrado por professores competentes, com experiência nas várias dimensões da educação em enfermagem (p. 27).

Nesta mesma pesquisa, os autores reafirmam a educação em saúde como a primeira e mais fortemente área focalizada pelos entrevistados ao reportar o papel educativo da enfermeira. Por outro lado,

ao discorrerem sobre esta dimensão, poucos conseguem ultrapassar as tradicionais ações de orientação e palestras. Mas, outras posturas já começam a aparecer, colocando como pobreza profissional o entendimento que reduz a educação em saúde a estas duas atividades. A proposição de uma educação em saúde, mais contextualizada, efetivada através de um convívio mais prolongado e desenvolvida através de projetos participativos, já desponta como uma necessidade sentida por vários entrevistados e compartilhada pela maioria dos pesquisadores vinculados a esta pesquisa (Saupe et al., 1999-a, p. 29).

Esta constatação vem confirmar o que tem sido observado e expresso pelas enfermeiras que atuam na Quarta Colônia de Imigração Italiana do RS, que têm sentido esta importância, frente às necessidades enfrentadas pelo tipo de trabalho que desenvolvem. Por outro lado, referem a falta de preparo, durante a graduação, para que possam melhor desempenhar esta função.

Procedimentos e técnicas

A grande maioria dos procedimentos realizados pelas enfermeiras dizem respeito aos programas oficiais da secretaria de saúde do estado que foram implantadas no município e as ações relacionadas com as consultas médicas. Os programas implantados na maioria dos municípios são o Programa de Saúde Escolar, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador, Programa de Atenção ao Idoso, Programa de Controle do Uso de Álcool e outras Drogas, Programa de Controle das Infecções Respiratórias ao Adulto, Programa de Controle de Doenças Diarrêicas Infantis, Programa de Controle das Infecções Respiratórias Infantis, Programa de Controle de Desnutrição, Programa de Controle ao Pré-natal, Programa de Controle da Gravidez de Alto Risco, Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero, Programa de Controle do Câncer de Mama, Programa de Controle do Uso de Agrotóxico, Programa de Saúde Mental, Programa de Saúde Bucal, Programa de Controle das Doenças Crônicas e Degenerativas (diabéticos, hipertensos e outras), Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

Todo cliente, antes da consulta médica, passa por uma triagem ou pré-consulta, onde a enfermeira e/ou auxiliar de enfermagem verificam o peso e sinais vitais, cujos dados são anotados na respectiva ficha. Algumas vezes, quando a enfermeira realiza este procedimento, aproveita para realizar orientações e encaminhamentos frente aos sintomas detectados naquele momento. Nem sempre isto é possível, pois o cliente precisa ser liberado para a consulta médica. Uma das enfermeiras, ao referir-se a esta ação, que realiza somente na impossibilidade da auxiliar de enfermagem, diz não ser este um cuidado de enfermagem, pois não consegue realizá-lo na sua compreensão de cuidar o cliente no seu todo.

Por exemplo, amanhã eu não vou cuidar de paciente nenhum, amanhã eu vou ficar dentro do ambulatório de enfermagem, [...] mas qual é o trabalho de amanhã? É verificar os sinais vitais, é preparar o paciente para entregar para o médico, isso aí para mim não é nem um pouquinho cuidado de enfermagem, isso aí é uma prática, isso aí é uma... não tenho um conceito para isso. Então, eu não sinto que estou cuidando. Porque, para mim, isso é ridículo, é importante, mas acho que é uma perda de tempo eu ficar ali dentro verificando a temperatura, verificando peso e pressão e só. Apesar de que, quando eu faço isso, tento sempre conversar com o paciente: por que o senhor está aqui, por que a senhora está aqui?

Para a realização das ações ligadas aos Programas aos quais o município aderiu, a enfermeira utiliza várias formas para atrair o cliente, a fim de que seja atingida a meta estabelecida. Algumas vezes, são utilizados programas de rádio, avisos na Igreja ou Capela local, visitas domiciliares feitas pelos agentes de saúde, cartazes e outros avisos no Posto de Saúde, convites pessoais da equipe de saúde para informar a realização de determinadas ações dos diferentes programas.

O programa preventivo de câncer funciona assim: os agentes conversando nas visitas domiciliares investigam e orientam as mulheres a fazer o preventivo de câncer, ou aqui na unidade mesmo, na triagem, as auxiliares perguntam, a gente está sempre perguntando. E aquelas que nunca fizeram a gente estimula a fazer, a importância de fazer todos os anos.

Na zona rural é mais difícil reunir as pessoas para trabalhar em diferentes grupos, pois, além da distância ser maior entre as residências e locais de reunião, as mulheres trabalham na lavoura, auxiliando o marido, ou em atividades ao redor da casa, como o trato dos animais, cuidados com a horta, jardim e pomar caseiros. Geralmente, é a mulher que cuida dos terneiros e da ordenha das vacas, que abrange boa parte do tempo da manhã e da tarde. Em algumas localidades rurais são realizados encontros temáticos, como os encontros de idosos e de mulheres. Em outras são realizadas reuniões esporádicas para tratar de algum tema de interesse da população local. Mesmo nos grupos de idosos, na maioria dos municípios, as pessoas residentes no meio rural vêm para a cidade, nos dias de reunião.

Os trabalhos, na zona rural, que têm sido realizados com frequência e com resultados positivos, são aqueles realizados com os escolares. Estas atividades, em geral, têm a participação da enfermeira na coordenação, nas palestras e orientações em grupo ou individual. Os temas abordados referem-se a cuidados com a saúde, alimentação, higiene, prevenção de doenças específicas, vacinas, prevenção de cárie, primeiros socorros, entre outros.

As atividades de grupo são mais difíceis de organizar, porque tudo esbarra no tempo disponível para elas poderem participar. As mulheres do meio rural estão muito envolvidas com os trabalhos não só do lar, como aquelas na lavoura, para ajudar o marido, e como! É uma dificuldade de for-

mar grupos. Então é esta dificuldade que eu tenho, não é que não tenha vontade. E o meu trabalho é com os colégios na zona rural, porque as crianças já estão ali, já fica mais fácil repassar uma informação, mas formar grupos e palestras e reuniões é difícil, a gente já tentou.

Na tentativa de descrever algumas ações das enfermeiras, em relação ao cuidado ao ser humano, elaborou-se uma listagem que busca relacionar as práticas de cuidados no que se refere aos procedimentos e técnicas de enfermagem. Como já foi referido, no cuidado do ser humano, os procedimentos e técnicas estão estreitamente ligados ao papel educador da enfermeira. Por esta razão, tornou-se necessário fazer a descrição destes dois itens integradamente. Cabe também esclarecer que estas ações descritas, muitas vezes, foram repetidas tanto pela mesma enfermeira, como por outras, mas constam uma única vez, pois não se busca, neste momento, uma caracterização quantitativa de seu trabalho. O agrupamento dos dados deu-se em função dos programas ou ciclo vital. Estes dados encontram-se, na íntegra, no ANEXO V.

Cuidados em relação a planejamento familiar

Sobre o planejamento familiar, as enfermeiras orientaram a respeito das indagações que as mulheres faziam, em especial relacionadas com o uso de preservativos, de anticoncepcionais orais, injetáveis e laqueaduras. Muitas vezes as orientações se davam no momento da coleta de material ou entrega de resultados do exame preventivo de câncer ginecológico. Um dos pontos salientados pelas enfermeiras era a importância do uso simultâneo de outros métodos, quando houvesse troca do anticoncepcional oral.

Cuidados com a gestante e com o bebê

Os cuidados relacionados com a gestante constituíam-se em atividades grupais, nos grupos de gestantes e em atividades individuais, nas consultas de enfermagem, de pré-natal e em vistas domiciliárias a gestantes referidas pelos agentes comunitários de saúde.

O grupo de gestantes constitui-se em espaço valorizado para a educação em saúde, presente na maioria dos municípios estudados. Neles a enfermeira tem papel tanto de coordenadora, como de educadora em saúde, junto com outros profissionais. Na maioria das vezes a reunião era precedida por orientações dos profissionais, seguidas de indagações feitas pelas gestantes. Em algumas ocasiões era referida a importância da troca de experiência entre as gestantes, sendo valorizado o cuidado caseiro, tanto na prevenção como tratamento das intercorrências durante a gestação e cuidados com o bebê. As orientações versavam sobre: a “carteira” ou “cartão” da gestante, sua importância e o significado de cada sigla, como se faz o cálculo da data provável do parto; a importância da realização do pré-natal, da ingestão de alimentação e hidratação adequadas; os exames de rotina, durante a gravidez; a necessidade de fazer a imunização; o uso de roupas apropriadas; sobre a fisiologia da gestação, a circulação sanguínea, a prevenção de varizes e edemas nos membros inferiores; os prejuízos do uso do fumo e da bebida alcoólica, principalmente durante a gestação; o perigo da automedicação; o preparo para a amamentação (cuidados com o mamilo) e a importância da mesma para o desenvolvimento da criança (sendo preconizada, pelo Ministério da Saúde, a amamentação exclusiva até o sexto mês do bebê). Além destas orientações sobre a gestação propriamente dita, eram realizadas orientações sobre temas relacionados com o nascimento, crescimento e desenvolvimento do bebê, destacando-se: os períodos do nascimento; os cuidados com o coto umbilical; a importância do banho do bebê, sua organização e os cuidados na sua realização; a alimentação adequada do bebê, enfatizando sempre a importância da amamentação exclusiva até o sexto mês.

Durante a **consulta de enfermagem** era realizado um histórico e exame físico, sendo que neste era feita a verificação dos sinais vitais, peso, medida da altura uterina, ausculta fetal, exame das mamas e dos membros superiores e inferiores. As orientações, na seqüência da consulta, consistiam em explicações sobre os achados durante a entrevista e exame físico e outros temas genéricos, sobre os cuidados durante a gestação e do bebê. De uma maneira geral, a orientação iniciava pela explicação de como é constituído o “cartão da gestante”, que recebe uma numeração única, válida para outros municípios, onde são anotados os dados para controle da gestação. Neste cartão consta também a curva do peso, que ilustra a evolução da gestante, sendo que isto precisa ser valorizado, a fim de não ficar nem acima, nem abaixo do que seria normal. Explica também o significado das siglas contidas no mesmo. As orientações e encaminhamentos versavam sobre a importância da

amamentação para o bebê; os cuidados com as mamas e mamilos, visando um preparo adequado para a amamentação; o cuidado com os dentes e a necessidade de fazer revisão dentária; o cuidado com a alimentação adequada para a nutrição e desenvolvimento do feto e a necessidade de ingerir alimentos com mais fibras para prevenir constipação intestinal.

A **visita domiciliária** era realizada quando a agente comunitária de saúde solicitava, nos casos em que não conseguia fazer o acompanhamento domiciliar. Geralmente estas gestantes eram de situação econômica precária e com problemas relacionados com baixo peso. Nestes casos, a enfermeira observava a situação da gestante e, associado às observações feitas pela ACS, fazia as orientações e encaminhamentos.

Cuidados com as crianças

O trabalho da enfermeira no cuidado com as crianças era desenvolvido nas escolas, na Unidade Sanitária e no domicílio.

Nas **escolas** algumas enfermeiras faziam palestras, atendendo a pedidos dos professores ou através de programa do escolar. A visita às escolas era realizada em um período do ano letivo, quando eram desenvolvidos os trabalhos de programa de saúde geral, realizando consulta de enfermagem, detectando problemas de visão dos escolares, deixando material de curativo, primeiros socorros, orientando os professores e fazendo palestras. A consulta de enfermagem era feita em todos os alunos, a fim de detectar a existência de pediculose, escabiose e crianças com problemas mais sérios, encaminhadas à unidade sanitária para serem examinadas pelo médico clínico geral ou especialista. Esta avaliação consistia, também, no teste de acuidade visual. No caso de ser detectado um aluno com problema de dificuldade na aprendizagem, este também era encaminhado. As palestras eram organizadas atendendo às necessidades dos alunos e realizadas pelos profissionais da Unidade Sanitária, de acordo com o tema.

O trabalho desenvolvido na **Unidade Sanitária** consistia em reuniões com grupos ou trabalhos individuais. O grupo de desnutridos era realizado com a criança e a mãe, no qual era feita avaliação da criança, orientação das mães e entrega de suplementos alimentares. Geralmente as reuniões realizavam-se em locais próximos à Unidade Sanitária. A avalia-

ção da criança era realizada no início, quando era pesada e a mãe questionada sobre a situação de saúde da criança, o apetite e dificuldade alimentar. Na seqüência havia uma palestra de interesse geral, relacionada com o cuidado das crianças em relação à higiene, alimentação e hidratação adequadas e doenças como verminose, desidratação, doenças respiratórias e os cuidados para a prevenção das mesmas. O trabalho individual compunha-se de avaliação da criança, aplicação de vacinas e/ou tratamentos, orientações e encaminhamentos. Esta atividade era realizada, muitas vezes, antes ou após a consulta médica. No transcurso de cada procedimento a enfermeira dava explicações sobre os mesmos e fazia orientações sobre cuidados com as crianças, especialmente em relação à vacinação.

Cuidados com adultos crônicos: hipertensão arterial - HA

A prevalência de hipertensão arterial, nestas localidades, é alta, especialmente devido aos hábitos alimentares e uso de bebidas alcoólicas, comuns neste tipo de cultura. Esta temática tem sido trabalhada em grupos de terceira idade ou em sala de espera, pois há dificuldade na formação de grupos para trabalhar especificamente este assunto. Em todas as ocasiões em que os adultos se reúnem para tratar temas de saúde, é verificada a pressão arterial e orientado sobre a situação específica. Em reunião na sala de espera este é um dos temas abordados pela enfermeira, por ser este um assunto de interesse geral, pois se não é o próprio hipertenso que está assistindo, há sempre alguém na família que pode ser passada a orientação. Além desta orientação geral das causas e conseqüências da hipertensão e sua prevenção, cada hipertenso é orientado individualmente, ao mesmo tempo em que recebe a medicação específica, mediante receituário médico. As orientações versam sobre cuidados que envolvem a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial. Os cuidados de prevenção da HA iniciam na infância, através do ensino da alimentação adequada, uso das verduras e frutas, sendo que a hipertensão é problema familiar, por isso, todos na família devem se cuidar para evitar o seu aparecimento. Geralmente as orientações sobre a alimentação versam sobre: a importância do uso reduzido do sal na comida, com mais tempero verde; que a gordura em excesso, na alimentação, pode prejudicar, formando as placas de gordura, nos vasos sanguíneos, com o aumento do colesterol dando sérios prejuízos à saúde; a necessidade de ingestão de frutas e verduras para auxiliar no transporte de excesso de gor-

duras do organismo e aumento das eliminações; o medo que as pessoas têm de ficar fracas com a diminuição de carboidratos e gorduras e aumento de verduras e frutas na alimentação. Em relação ao uso de bebidas alcoólicas é abordado que seu prejuízo se dá tanto em relação à HA, como na relação com as pessoas, podendo trazer transtornos na saúde mental. Sobre o uso de medicamentos, é enfatizada a necessidade do seu uso ininterrupto, bem como o acompanhamento para avaliação da pressão arterial. É também enfatizada a necessidade de atividade física e a importância de fazer os exames preventivos. Em algumas localidades a enfermeira utiliza uma ficha de acompanhamento do controle da HA.

Cuidados com adultos crônicos: diabete

O trabalho desenvolvido pelas enfermeiras com os diabéticos compreende atividades com grupo específico, em visita domiciliar e em consulta de enfermagem. No **grupo de diabéticos** existente em um dos municípios a reunião se dá mensalmente, quando são tratados temas de interesse geral e específicos. Nestas ocasiões são trocadas idéias entre os membros do grupo e são ensinados os cuidados referentes ao tratamento. A **visita domiciliar** é realizada para aqueles clientes que são faltosos ou que estão com dificuldades de locomoção. No geral estas visitas foram agendadas com a agente comunitária de saúde, nas quais os clientes foram orientados sobre a aplicação da insulina, o tamanho da agulha; as vantagens do uso da insulina, a garantia de saúde mais tempo, a prevenção de problemas de visão, feridas e necrose do membros inferiores; foram também abordados casos conhecidos na cidade de pessoas diabéticas e que se tratam, se cuidam e levam uma vida boa; foi ainda explicado que a insulina é distribuída gratuitamente, mas que há necessidade de cuidados com a alimentação, orienta sobre os carboidratos e o uso do mel, bem como a necessidade de controle periódico. Nestas visitas os familiares são também envolvidos, para dar o suporte adequado ao diabético e informados sobre o caráter hereditário do diabete e a necessidade de manter sempre o controle e demais cuidados, quando há casos na família. Durante o atendimento individual, a enfermeira realizava o teste de glicemia, hemoglicoteste e orientava sobre os cuidados referentes à alimentação, hidratação, uso de medicamentos e tratamentos alternativos.

Cuidados com adultos crônicos: outras situações

Na atenção aos clientes adultos que procuravam atendimento na Unidade Sanitária, em algumas situações, a enfermeira realizava a pré consulta que consistia na verificação do peso e sinais vitais. Nestas oportunidades aproveitava para questionar o cliente sobre sua situação de saúde e orientava sobre a mesma. Após a consulta médica, orientava sobre o uso da medicação que era entregue na farmácia. Além disso, sempre que havia oportunidade, a enfermeira fazia orientações no sentido de prevenir doenças ou complicações das mesmas. Quando havia algum tipo de procedimento mais complexo, como curativos extensos, era a enfermeira que realizava.

Cuidados com as mulheres

O trabalho realizado com as mulheres, além daqueles relativos ao cuidado com as crianças, compreendia cuidados específicos dos programas de prevenção de câncer ginecológico, de osteoporose e depressão.

Na maioria dos municípios, a coleta de material para exame de prevenção de câncer ginecológico era realizada pelas enfermeiras. Em geral as clientes eram agendadas para determinado dia da semana, no qual a enfermeira dedicava a esta atividade. Nesta oportunidade, a consulta de enfermagem consistia em: preencher o “cartão da mulher” que contém os dados referentes à sua evolução; orientação sobre o auto exame de mamas, demonstração do mesmo e a necessidade de ter um dia no mês para realizá-lo; realização do exame de mamas e coleta de material do colo do útero. Durante todos os procedimentos a enfermeira explicava as razões de sua realização, bem como respondia aos questionamentos da cliente. Após a coleta do material, a enfermeira descrevia o aspecto do colo e agendava o retorno para retirar o resultado.

Outro tema que era tratado com as mulheres era sobre a menopausa e a prevenção ou tratamento da osteoporose e depressão. Sobre isto, era abordada a necessidade de uma alimentação adequada, alertando sobre a prevenção desde cedo para repor cálcio, e não querer se cuidar só no período da menopausa, sendo que para isso é importante a ingestão

de cálcio na alimentação, fazer o exercício físico e alimentação para diminuir o peso; era enfatizada também a necessidade da mulher dedicar algum tempo para si, através de momentos de relaxamento, caminhadas, repouso, fazer alguma coisa que goste a fim de prevenir a depressão, comum entre as mulheres locais. Outro tema tratado com as mulheres era sobre o uso de medicação sem prescrição médica, pois toda medicação tem algum efeito colateral, especialmente os inibidores de apetite, para diminuir o peso seria necessária a mudança de alguns hábitos, como ingerir menor quantidade de carboidratos e gorduras, fazer mais atividades físicas.

Cuidados com pessoas de terceira idade

Na maioria dos municípios havia algum tipo de grupo de terceira idade, nos quais reuniam-se homens e mulheres para tratar de temas de seu interesse. Nestas ocasiões a enfermeira participava organizando a programação com a diretoria do grupo, realizava palestras e/ou verificava a pressão arterial. Eram também feitas orientações sobre a situação de cada um. A organização do grupo era estimulada pela enfermeira, que convidava os idosos que não participavam, para ingressar nos mesmos. Em alguns municípios era organizado um fichário dos idosos, com os seus dados. Nas atividades individuais, a enfermeira aplicava e orientava sobre as vacinas para esta faixa etária, como a antigripal, a antitetânica e contra o pneumococo, para o grupo de risco, além de realizar curativos e orientações sobre as diversas intercorrências de cada um, procurando estimular o autocuidado.

Cuidados em relação ao alcoolismo

Embora não existam estudos conclusivos sobre a prevalência do alcoolismo na região, esta tem sido uma das situações que tem preocupado a equipe de saúde, pois há evidências de seu aumento, principalmente pelos hábitos culturais da população. Além dos problemas causados na saúde do alcoolista, há uma crescente desestruturação familiar manifestada pelas mulheres, quando queixam-se desta situação. Em algumas localidades há a organização dos “Alcoólicos Anônimos”, estimulada pela equipe de saúde. A atividade da

enfermeira, além de eventualmente participar das referidas reuniões, tem sido a de orientar tanto os familiares como o alcoolista sobre formas de buscar alternativas para a melhoria de suas vidas. Em algumas ocasiões são encaminhados para serviço especializado em Santa Maria, no HUSM.

Cuidados em relação ao uso de agrotóxicos

Um dos problemas evidenciados nos municípios da Quarta Colônia tem sido o uso indiscriminado de agrotóxicos, o que tem proporcionado o aumento de doenças ligadas direta ou indiretamente aos mesmos. Sobre esta temática, pouco ainda tem sido feito na região, embora conste, em orientações de uma das enfermeiras, falas à respeito do tema. Nesta oportunidade, foi abordada a importância do uso de alimentos sem agrotóxicos e a necessidade de prevenção de intoxicação por agrotóxicos, do uso de tudo que for necessário, como luvas, máscaras e roupas adequadas, para que o veneno não atinja o organismo.

Em síntese, podemos dizer que, o *cuidando do ser humano*, detectado no trabalho das enfermeiras, se dá através da interação humana, na qual enfermeira e pessoa cuidada têm papéis distintos, mas complementares. A enfermeira deve ser perceptiva, ver além da necessidade aparente e o cliente interagir, sendo para algumas, crítico, conscientizado, para outras, receptivo, responsabilizando-se pelo autocuidado. A forma com que se estabelece esta relação consiste, principalmente, na educação em saúde, quer através de ações coletivas ou individuais. Os procedimentos e técnicas realizados pelas enfermeiras fazem parte do trabalho relativo aos programas de saúde implantados naquele município e outras intercorrências que aportam pela demanda na unidade básica de saúde. As ações que estiveram mais presentes neste período foram os cuidados em relação ao planejamento familiar, com as gestantes e com o bebê, com as crianças, com os adultos crônicos (hipertensos, diabéticos e outras situações), com as mulheres, com pessoas de terceira idade, em relação ao alcoolismo e ao uso de agrotóxicos.

Mesmo que não se tenha feito uma quantificação dos dados, percebe-se que a incidência maior de cuidados está vinculada, ainda, ao binômio mãe-filho, seguido aos cuidados com a mulher, com os crônicos (homens e mulheres adultos) e idosos.

Em relação ao idoso, especialmente, houve um crescimento de atividades desenvolvidas, visando a sua integração, com cuidados em relação às áreas bio-psico-socio-espiritual, através dos grupos de terceira idade. Este trabalho, algumas vezes, está vinculado ao da enfermeira, mas em outras, possui a sua organização própria ou ligado a outras entidades locais, como a Emater.

Outro dado que chama a atenção é o pouco investimento de cuidados específicos ao trabalhador rural, principalmente, por se tratar de trabalho de risco pelo uso de agrotóxicos, pelo uso intensivo do corpo no trabalho, pela exposição freqüente ao sol e intempéries e outros agravos. Por outro lado, já existem algumas iniciativas que visam trabalhar as questões vinculadas à saúde/doença mental e o trabalho rural, em pelo menos um dos municípios estudados.

No que se refere a cuidados em relação às crenças e aos valores culturais, resultantes da história de vida e da visão de mundo desta população, tais como alguns hábitos alimentares (consumo elevado de hidratos de carbono e gorduras), o uso excessivo de bebidas alcoólicas (cachaça e vinho), o uso intensivo do corpo no trabalho, a percepção de saúde como possibilidade de trabalhar, entre outros, parece estar ainda aquém das necessidades da população (Denardin Budó, 1994). Em alguns momentos, como em palestra de sala de espera ou em orientação individual, há referência a estes elementos culturais que têm interferido na saúde/doença.

Cuidando do Cuidado

Embora se considere o cuidado como algo amplo e muitas vezes subjetivo e difícil de ser dimensionado, um processo interativo, resolveu-se adotar o “cuidando do cuidado” como categoria, pois representa a preocupação da enfermeira em organizar o trabalho e organizar-se para o trabalho com as pessoas. De qualquer forma, neste caso, não se tem o propósito de reduzir o significado e a concepção do cuidado.

Saupe et al. (1999-b, p. 449) já utilizaram esta terminologia ao elaborar as áreas do conhecimento na formação/educação do enfermeiro. Para as autoras, “esta é uma terminologia polêmica, gerada no processo de reflexão sobre as ações e competências do enfermeiro”. Esta proposta tem como justificativa o resgate do papel gerencial do enfermeiro, “ao qual freqüentemente é atribuído um sentido depreciativo, relacionando-o com a administração burocrática”.

Sobre este trabalho, que se constitui no momento de organização, planejamento e encaminhamento do cuidado, registro de dados, trabalhos burocráticos, uma das enfermeiras se refere,

há muitas funções para fazer. Tem o conselho municipal de saúde, que eu também vou para colocar o que o programa está fazendo ou não. Outra coisa que eu faço [...] tanto a parte dos agentes de saúde, como a parte da produção do posto no final do mês, que tu tens que mandar, quantas consultas médicas, quantos atendimentos odontológicos, é tudo por código. Quantas vacinas, que tu fazes o balanço final. Com relação a qualquer coisa, tu já tens que procurar, se vem algum ofício, qualquer coisa, como o plano de carência nutricional que tem que fazer, tem este de medicamentos especiais que eu tive que me informar, ver o que é. São ofícios que, às vezes, tu recebes e tens que ficar um tempo envolvida para tentar ver o que é, como é.

Para a organização dos dados deste item, utilizou-se algumas atribuições da enfermeira, contidas nos Regimentos do Serviço de Enfermagem dos Municípios. Embora os regimentos não sejam idênticos, apresentam alguns elementos comuns, que foram utilizados para a classificação desta categoria em dois grupos: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do Serviço de Enfermagem; elaboração, execução, avaliação de Programas de Saúde e Programação em Educação em Saúde. A seguir apresentamos uma síntese do trabalho das enfermeiras relativo ao cuidando do cuidado, sendo que a descrição detalhada destas ações também faz parte do ANEXO V.

Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de enfermagem

As atividades relativas à administração ou gerenciamento do serviço de enfermagem são realizadas pela enfermeira, que é a responsável técnica. Tudo é pensado para que o posto possa funcionar em sua plena capacidade, no atendimento dos procedimentos técnicos e/ou consultas médicas, odontológicas, psicológicas, de fisioterapia e de enfermagem aos clientes.

Visando o preparo do ambiente e do material para a realização de cuidados com as pessoas, tanto pela equipe de enfermagem, como pela equipe de saúde, a enfermeira coor-

dena, supervisiona e/ou executa cuidados. Estes constituem-se da coordenação de todas as atividades de saúde da Unidade de Saúde, incluindo a supervisão ou organização do material para o funcionamento dos diversos serviços; supervisão do trabalho das auxiliares de enfermagem; delegação de atividades para a auxiliar de enfermagem enquanto está ausente; organização e manutenção da sala de vacinas, com a supervisão e controle das vacinas e temperatura do refrigerador; controle do estoque de medicação e material de consumo do posto e preenchimento dos relatórios; prevenção e controle de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; programação de cuidados relativos à programas de referência e contra-referência do paciente, como encaminhamento de clientes para consultas nos diferentes níveis de atenção à saúde; seleção das pessoas que farão parte dos programas, de acordo com critérios pré-estabelecidos nos referidos programas; formação, organização e atendimento de grupos específicos de prevenção de doenças; organização de fichários para controle dos clientes, nos diferentes programas e que servem para orientação do trabalho da enfermeira naquele programa; organização de material e programação de visita domiciliária; preparo de material sobre saúde para divulgação na rádio local; preparo de formulários para trabalhar com grupos de clientes crônicos; organização de livro de registros do posto, com dados de clientes que fazem parte dos diferentes programas; assessoria a conselheiras tutelares no desempenho de suas funções, em relação a assuntos relacionados com a saúde das crianças; preenchimento de dados da vigilância epidemiológica nos casos de doenças de notificação compulsória; preenchimento de boletins para enviar para a 4ª coordenadoria de saúde; registro das atividades planejadas e desenvolvidas pela enfermeira, com os agentes comunitários de saúde; atualização, com os agentes comunitários de saúde, dos cadastros das famílias de abrangência com um mapa de sua área, onde são localizadas as residências com agravos, chamadas de micro-áreas de risco; elaboração de relatório mensal das atividades dos agentes comunitários de saúde para a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para comprovar a sua atividade, as agentes preenchem uma ficha, que é assinada pela pessoa visitada; organização de material, seringas e medicamentos; preparo de material para coleta de exames preventivo de câncer ginecológico; controle do fichário de vacinas para chamada de faltosos; intermediação de conflitos entre as pessoas da comunidade e agentes de saúde.

Elaboração, execução, avaliação de programas de saúde e programação em educação em saúde

Os programas de saúde desenvolvidos no município e das demais áreas correlatas, como assistência social, educação, saneamento, têm, geralmente, a participação direta da enfermeira local. Algumas delas participam do planejamento como secretárias de saúde ou como membros dos diferentes conselhos municipais ou, ainda, através de uma assessoria formal ou informal. Dentre estas atividades está a elaboração do Plano Municipal de Saúde, do Projeto Municipal de Assistência Social, do Programa da Merenda Escolar, da programação local da semana do município, do planejamento de práticas educativas em saúde nas escolas e comunidades e da elaboração de projetos envolvendo programas preconizados pela Secretaria de Saúde do Estado.

Além destes planejamentos, a enfermeira de algumas das comunidades participa no planejamento e execução de programas de saúde mental, prevenção de gravidez na adolescência, atividades dos grupos de terceira idade, cursos para gestantes, programas de desnutridos, prevenção de doenças transmissíveis, entre outros. Algumas destas atividades são: programação de atividades, tentando englobar os programas que a Quarta Coordenadoria Regional de Saúde propõe; participação, como membro, de vários conselhos que estão em funcionamento no município: conselho de saúde, da criança e adolescente, do bem estar e outros; participação de reuniões de planejamento de atividades com grupos, cursos, palestras, com diversos setores do município; planejamento e execução de atividades com a secretária de educação, desenvolvendo atividades integradas entre saúde e educação; programação, com a secretária de saúde, da semana do município; elaboração de projetos para desenvolver atividades com os clientes e agentes de saúde; elaboração de programa que pretende prevenir a gravidez na adolescência, devido ao grande número de adolescentes grávidas no município; planejamento e execução de pesquisa visando detectar problemas relacionados com índice elevado de suicídio na região; preparo de material didático para as aulas, cursos, palestras, encontros e reuniões que serão realizadas pela enfermeira: elaboração de cartaz para capacitação de agentes comunitários de saúde; preparo de material para fazer cartaz sobre digestão para a reunião com os desnutridos; organização de material para a reunião com as gestantes; preparo de formulários para trabalhar com grupos de crônicos; divulgação na rádio local da programação de reuniões nas diferentes comunidades e outras atividades de saúde da prefeitura.

Ao observar o trabalho realizado pela enfermeira, nestas comunidades, percebe-se o seu envolvimento em uma gama de atividades que visam criar condições para que seja realizado o cuidado adequado para as pessoas. Grande parte do seu tempo é dedicado para a programação, organização, supervisão, coordenação, previsão, controle e avaliação das atividades. A cada dia sucede-se uma espécie de rotina: no início do expediente, quando os clientes estão no posto, o cuidado da enfermeira fica voltado para a sua atenção. Quando há alguma reunião prevista, seja com grupos de clientes, de funcionários, de agentes de saúde, da equipe de saúde ou de enfermagem e de pessoas de outros setores, a enfermeira organiza-se para poder cumprir a agenda. No momento em que diminui o movimento com cuidados com o ser humano, a enfermeira passa a dedicar-se ao trabalho do gerenciamento do posto. Mas estas ações não são estanques, muitas vezes, elas se dão simultaneamente, uma vez que a enfermeira representa a referência para os demais funcionários em relação ao cuidado.

Os procedimentos relacionados com o cuidando do cuidado são fundamentais para que todo o processo de trabalho seja efetivamente executado. Ele é abrangente e diversificado, pois engloba desde o planejamento das ações gerais do posto até as ações específicas, como as de preparo de material e preenchimento de boletins e formulários. Quando perguntado se havia alguma atividade que a enfermeira fazia e que não era sua atribuição, uma delas respondeu:

a gente não está mais recebendo por procedimento, mas ainda tem que fazer toda esta comprovação por atendimento. Isso é uma briga... Os médicos, eles têm pavor, isso que eles ficam só com a parte final. E a própria questão da vacinação é muito burocrática. Eu acho que a gente perde a metade do tempo preenchendo papéis, daquele tempo que podia conversar com a mãe, saber da criança, explicar sobre as vacinas...

Embora esta situação se refira a cuidado próprio da enfermagem, como o preenchimento de formulários dos procedimentos ou dos quadros estatísticos da vacinação, é percebido pelas enfermeiras como um trabalho eminentemente burocrático e que ocupa o espaço de tempo que poderia ser utilizado na relação enfermeira/pessoa cuidada. A seguir está descrita uma situação do diário de campo que ilustra este caso e mostra como a enfermeira a encaminha:

chega uma mãe com criança de 39 dias, para receber vacina contra hepatite. Após a aplicação a enfermeira passa a preencher os documentos da secretaria, relativos à vacina. A criança chora e a mãe diz que o bebê está impaciente para mamar. A enfermeira então fala que a criança não vai esperar pela burocracia e diz para a mãe dar o mamã, enquanto organiza os papéis que serão preenchidos em relação à vacina e continua conversando com a mãe.

Então, mesmo quando é exigido da enfermeira a realização de atividades iminente-mente burocráticas, ela as entende como necessárias, realizando-as, a fim de que sejam computados os dados reais resultantes de seu trabalho. Mesmo assim, procura também manter o cuidado fundamental e a interação com a pessoa cuidada.

Cuidando do trabalho

Nesta categoria encontram-se relacionadas as ações desenvolvidas pela enfermeira e que poderiam ser feitas por outros profissionais, não se constituindo em cuidados de enfermagem, exclusivamente. No geral, foram classificadas, neste item, ações que se referiam ao trabalho de secretária de saúde ou quando a enfermeira, não sendo a secretária, substituía a titular. Como este trabalho específico não fez parte da observação mais sistemática, nesta pesquisa, só estão referidos alguns momentos cuja função da enfermeira foi concomitante com a de secretária de saúde. A relação mais detalhada das ações das enfermeiras observadas, e que constituem em cuidando do trabalho, estão no ANEXO V.

Em síntese, foi observado que a enfermeira, em algumas situações, assumia as atividades da secretaria de saúde na ausência da titular, tomando conhecimento da situação da secretaria de saúde e passando orientações para funcionária burocrática; constituiu comissão sanitária municipal; fazia contatos telefônicos para marcar consultas ou exames em outros municípios, através do CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde, para clientes encaminhados; coordenava reunião para reativar a “comissão municipal de cólera”, em função de um alerta epidemiológico; fazia pedido de material junto com a funcionária da secretaria; fazia lista de exames complementares mais comuns, para rever convênio do CIS; lia correspondências da 4ª Coordenadoria de Saúde e selecionava as que deveriam ser res-

pondidas e encaminhadas para outros setores; marcava audiência e reunia-se com o prefeito para falar sobre normativa que exige que a farmácia da prefeitura tenha um farmacêutico contratado para distribuir medicamentos; providenciava transporte para clientes que solicitam ajuda para fazer exames ou consultas em Santa Maria.

Embora estas ações não sejam as que ocupam o maior tempo do trabalho da enfermeira, são atividades fundamentais para que o cuidado às pessoas seja desenvolvido. Constitui-se, também, um espaço de poder que é utilizado pela enfermeira, quando ocupa o cargo de secretária de saúde ou participa no trabalho, substituindo-a, como são as atividades listadas anteriormente.

Cuidando da equipe

Nesta categoria foram organizados os dados referentes ao trabalho da enfermeira na educação em serviço, especialmente aqueles referentes à capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares de Enfermagem, que fazem parte da equipe. Em poucas ocasiões houve alguma atividade que envolvesse trabalho integrado com os demais profissionais de saúde. A seguir estão relacionadas, em síntese, as ações das enfermeiras que se constituíram em “cuidando da equipe”, durante o período de observações, sendo que estão detalhadas no ANEXO V.

No preparo e acompanhamento do trabalho das **auxiliares de enfermagem**, a enfermeira programava atividades para o posto, orientava sobre a elaboração de relatórios para a coordenadoria de saúde e outras situações nas quais as auxiliares não estavam preparadas.

No geral, o planejamento, com os **demais profissionais da saúde**, sobre a organização de reuniões, como as de gestantes ou programação de palestras nas comunidades, era feito durante os intervalos para o cafezinho.

O trabalho com os **Agentes Comunitários de Saúde** era programado e coordenado pela enfermeira. Este constituía-se em reuniões de capacitação e preparo dos Agentes Comunitários de Saúde em relação aos programas da Secretaria Estadual de Saúde ou Ministério da Saúde. Para isto, a enfermeira planejava e organizava material, de acordo com os programas ou atendendo a solicitação de algum tema sugerido pelos mesmos. Quando era o período de capa-

citação inicial dos ACS, as atividades com os mesmos eram mais intensivas. Fora deste período, eram feitas reuniões mensais nas quais era avaliado o trabalho, revistas as visitas domiciliares, auxiliado nas anotações e programadas as novas visitas. Além disso, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde organizavam e atualizavam o cadastro de famílias que estavam com dados incompletos, ou que tinham algum problema e deveriam retornar.

Estas atividades eram realizadas em grupos e/ou individualmente. Quando o tema a ser abordado precisava ser discutido por todos, como nos avisos gerais, na capacitação do programa e reforço do preparo, o tema era abordado em grupos com todos os agentes. Após esta atividade, enquanto os ACS conversavam entre si, para troca de experiências, a enfermeira trabalhava individualmente, orientando as situações trazidas por cada um. Estas orientações consistiam sobre alguns casos de famílias assistidas, condutas mais adequadas nas situações encontradas.

Nas reuniões de capacitação, os ACS reuniam-se em semicírculo com a enfermeira e esta falava sobre os temas utilizando material audiovisual, como cartazes, fitas de vídeo, livros e revistas dos programas, entre outros. No geral, era enfatizado o papel dos ACS, suas atribuições e a maneira de agir nas visitas às famílias. A orientação era de que as famílias que têm agravos devem ser visitadas uma vez por mês, como as dos diabéticos, dos hipertensos, dos idosos, das gestantes, das crianças com menos de dois anos e outras. Era salientado também que as demais famílias deveriam também ser visitadas para não se sentirem isoladas, pois a meta a ser atingida é de que cada família deve receber, no mínimo, uma visita no ano. No caso de ser necessária a realização de algum procedimento, o agente deve encaminhar as pessoas ao posto, para ser realizado pela auxiliar de enfermagem ou enfermeiro. Outra orientação enfatizada era a de que os agentes comunitários de saúde estivessem atentos e presentes nas atividades da comunidade de sua área, organizadas pela pastoral da saúde, Emater, movimento da mulher, escola, entre outras. Nestas atividades os agentes deveriam participar e estimular a participação da população, mesmo que a atividade fosse organizada por outro órgão, sem a presença da enfermeira.

Em um dos municípios, a enfermeira, além das demais atividades, orientou, ensaiou e dirigiu teatro com grupo de agentes comunitários de saúde sobre o tema AIDS, para apresentação na comunidade.

A maior parte destas ações estavam relacionadas com o papel educativo desempenhado pela enfermeira, especialmente na coordenação do serviço de enfermagem e

do programa de agentes comunitários de saúde. É através do PACS que a enfermeira desenvolve a maior parte das ações de educação no trabalho. Dos sete municípios estudados, três possuem este programa. Embora os agentes comunitários de saúde (ACS) não façam parte da equipe de enfermagem, desempenham papel importante nos municípios em que está implantado o programa, pois fazem a intermediação entre a enfermeira e as pessoas nas suas moradias.

Neste trabalho, não se tem a intenção de entrar no debate deste tema polêmico na enfermagem, mas é importante referir que, nos municípios em que este programa encontra-se em funcionamento, o trabalho da enfermeira se expande, podendo ser possível vê-la mais próxima da população. Quando perguntado para uma das enfermeiras: “como é a tua atividade na coordenação do PACS, como tu te sentes nela?” , ela respondeu:

é nesta atividade que eu realmente me sinto exercendo o meu papel de enfermeira, integral. Porque, a criança, por exemplo, aqui no município não posso aplicar a vacina, não posso supervisionar a vacina, não posso fazer nada⁷. No caso da criança, só posso pesar, no caso, quando estou com os agentes, avaliar o crescimento e desenvolvimento, então isso aí é uma coisa que não posso fazer no posto e posso fazer com os agentes. Com os agentes eu vou ver toda a questão da vacinação, as infecções respiratórias. No ano passado a gente fez gráficos para comprovar que as infecções respiratórias aconteceram mais nos meses até de setembro do que em maio, pelo efeito do “el niño”. É a supervisão do PACS que me permite fazer todas as atividades, todas não, mas parte dos programas de uma maneira mais integral... Acompanho em visita domiciliar, se precisar encaminho para o posto, depois vou atrás falar com o médico sobre o diagnóstico e tratamento daquele paciente.

Outra enfermeira que coordena o PACS, no município, explica o papel do ACS na ampliação da demanda à unidade básica de saúde, na prevenção de doenças, como é o caso do preventivo de câncer ginecológico:

quando fui contratada, iniciei o preventivo do câncer [...] A gente reativou e com a enfermeira abriu um caminho para as pacientes poderem fazer o pre-

⁷ Esta enfermeira não havia feito o treinamento para a vacinação e também não exercia suas atividades na coordenação da unidade básica de saúde. Seu trabalho era desenvolvido em sala especial, chamada de “Sala de Educação em Saúde”, na qual fazia suas ações educativas em relação às pessoas e grupos e aos ACS.

ventivo. De lá para cá a gente começou, era em torno de dez, quinze por mês, depois foi aumentando [...] Todos os anos ela retorna para fazer [...] Dá para ver que aumentou com o início do trabalho dos agentes, claro que coincidiu com a campanha que teve no ano passado, de preventivo de câncer de mama, que aumentou, quarenta, cinquenta por mês, pessoas que vieram pela primeira vez. Tu podes ver que mês a mês tem mais pessoas vindo, aumentou. O importante são os casos novos, porque a gente sabe que tem mulher que já teve dois, três filhos ou estão com quarenta anos e nunca fizeram preventivo. É a busca ativa de casos novos. A gente está sempre procurando atualizar, melhorar, reavaliar, para ver o que a gente pode mudar para facilitar...

Em outro município, o relato da enfermeira demonstra o trabalho de base dos ACS, no qual a visita mensal às famílias, especialmente as de risco, busca evidenciar os problemas, orientar e encaminhar os casos necessários para a enfermeira, na unidade básica de saúde ou, ainda, a solicitação da visita desta, na residência da pessoa que tem problemas.

Todo o trabalho da agente é de base, conversa com a família, muitas vezes não pode ir atacando o problema de frente. Às vezes o problema é trabalhado por muitas visitas, pois “água mole em pedra dura...” e as pessoas mudam até porque tem aquela pessoa que vem visitar e que acaba cobrando as mudanças. É o caso das vacinas, por exemplo, pois há poucas pessoas que esquecem e, quando isto acontece, a agente cobra. Às vezes a pessoa visitada não está, então é anotado e ela volta em outra ocasião. No início era uma só agente, mas com o tempo pleitearam e conseguiram as demais, pois as comunidades pediram nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e nas conferências municipais de saúde.

Nota-se também o envolvimento da comunidade no sentido de ampliar o número e abrangência dos ACS, neste município, no qual o reconhecimento da necessidade do agente parece ter levado à participação popular tanto ao nível do conselho municipal de saúde, como na conferência municipal de saúde.

A constatação de que as enfermeiras que atuam neste programa parecem estar trabalhando mais proximamente à população talvez se deva ao fato de que, para implantar o PACS, o município deve dispor de uma enfermeira com vinte horas para desempenhar este papel. Para que ela possa assumir esta função, recebe um treinamento específico que a prepara no sentido de trabalhar no contexto das pessoas cuidadas.

Cuidando de si

Quando se trata do cuidado de si, as enfermeiras são unânimes em afirmar que têm encontrado dificuldades para cuidarem-se. Informam que não têm se cuidado como gostariam, dedicando mais tempo para si, desenvolvendo atividades para o crescimento pessoal ou de lazer e que trazem algum tipo de prazer, bem estar, melhorando a qualidade de vida. Esta situação pode ser expressa como “não tenho nada de especial para mim”, “eu cuido só dos outros”, “a minha vida é muito estressante”, “o meu nome é trabalho”.

Infelizmente eu não tenho nada de especial. A única coisa que faço é uma boa leitura e a gente já tem conversado sobre isso, da importância da gente procurar um grupo de dança ou mesmo uma ginástica...

Eu acho que eu cuido só dos outros. A gente procura organizar o trabalho, muitas vezes, a questão de férias, estas coisas, sempre ficam em segundo plano. É sempre primeiro organizar o serviço e os profissionais, questão de férias, principalmente, até assim se a gente programa alguma coisa, abre mão. E ainda vão me procurar na minha casa, por telefone e na rua, quando me encontram. Isso é uma coisa que é comum não só comigo, mas com a parte administrativa toda.

O envolvimento com o trabalho acontece não só no seu horário específico, de segunda à sexta-feira, mas também à noite e nos finais de semana. Em alguns casos, levam para suas casas não só preocupações, mas também trabalhos que precisam ser concluídos, colocando sempre o trabalho em primeiro lugar. Este envolvimento se dá através de atividades específicas, como reuniões e de preocupações com alguma situação do trabalho ou mesmo a procura de clientes fora do horário, especialmente quando a enfermeira é a secretária de saúde.

Eu, às vezes, acabo levando para casa coisas para fazer, relatórios, porque no dia a dia, eu não consigo baixar a cabeça e pensar, que é só atender público[...] Então, às vezes, é difícil, eu acabo levando para casa, nos fins de semana, feriados, de noite, para fazer alguma coisa.

As justificativas apontadas para a falta de cuidados consigo mesmas são: não ter tempo, pois precisam dar atenção para o trabalho e/ou para a família; a preocupação com a situação dos clientes, a realidade de saúde e sofrimento de algumas pessoas.

Eu, agora que comecei a trabalhar com a realidade das pessoas, com os agentes de saúde, eu levo problemas para casa... Eu estou domingo, sábado, eu sei que não deveria, mas eu me apeguei demais, eu me apego demais, eu estou pensando naquelas crianças que estão ali, no caso dessas desnutridas, tu vais lá ver aquela família e tu sabes que eles estão em estado precário, que eles pegam água ali, é tudo sujo, aquelas crianças sujas, imundas, por relaxamento até das pessoas. Eu não paro para pensar em mim [...] Então, eu não me cuido, não me cuido mesmo. Eu tento, eu procuro, mas quando eu vejo, já estou pensando [...] Então, além dos problemas, eu levo muito material. Às vezes, preparar alguma palestra, porque aqui não dá tempo, então se eu quero me programar, tenho que tirar cópia e tudo. Mas são coisas que eu pesquiso e faço em casa, para poder trazer para cá.

Mesmo com esta dificuldade de realizar aquilo que gostariam e que precisariam para o seu bem estar, conseguem fazer algumas atividades que consideram importantes para o seu cuidado e que se constituem de momentos de relaxamento, descontração e lazer. Algumas apontam as atividades como uma boa leitura de livros, jornais ou revistas; brincar com os filhos; trabalhar com a terra, na horta; fazer caminhadas; caminhar sem compromisso, no campo, comendo frutas da época; sair para fora, na zona rural; participar de grupos de canto ou de grupos de amigos; cuidar dos cabelos, das unhas, das roupas, estar sempre com bom visual para atender as pessoas; reunir as secretárias de saúde da região para troca de experiências e para descontrair.

O que eu faço, às vezes, quando chego em casa e estou estressadinha vou para a horta, boto a mão na terra ou dou banho nas crianças (filhos) e brinco com eles. Quando eu os vejo, sinto-me mais tranqüila, mas assim fazer alguma coisa para mim, manter a tranqüilidade e ter uma vida de qualidade, infelizmente não consegui ainda. Aqui no trabalho, esporadicamente que se pára para um cafezinho, quando não está agitado ...

Uma coisa que a gente faz seguido, que a gente tem um bom relacionamento, com as secretárias da Quarta Colônia, a gente se reúne, uma tarde, lá de vez em quando, "ah! Vamos desabafar!" Ai vêm todas para cá, fechamos a sala, tomamos café. Ai que a gente se dá conta que os meus

problemas, geralmente, são os mesmos das outras, que os municípios são muito parecidos, próximos e os problemas praticamente são os mesmos, então a gente desabafa, faz uma terapia.

Como sabem que este tipo de cuidado é fundamental para uma vida mais saudável, tanto para o corpo como para a mente, para ter mais energia, referem que gostariam de ter mais tempo para si. Este tempo seria utilizado para freqüentar academias, através de aeróbica, participar de grupos de dança ou ginástica, realizar caminhadas sistemáticas, conseguir participar de atividades com grupos de amigos, entre outras.

Gostaria que tivesse algum lazer, uma hora, duas, três horas, por semana, seria assim numa atividade, numa aeróbica, para poder relaxar um pouco, para amenizar um pouco essa minha ansiedade, o estresse que a gente tem no dia a dia. O que resta é o fim de semana mesmo, penso muito neste lazer, porque eu sei que faz bem para a saúde mental e física, principalmente o coração...

Algumas enfermeiras disseram ter parte do final de semana para atividades mais de autocuidado, caracterizando-se em cuidados com a aparência física, com descanso, relaxamento e outras atividades de lazer.

De segunda a sexta feira, o meu nome é trabalho. [...] E, sábado, dedico a manhã inteira para mim, vou ao cabeleireiro, vou na manicure... Sábado de tarde eu gosto de botar todas as coisas em ordem e de noite eu saio [...] E no domingo fico mais em casa, vou para fora. Durante a semana é trabalho, trabalho, trabalho...

Se não fosse este prazer, este lazer, que é prazer também, a gente acaba fazendo de tudo um pouco, trabalha um pouquinho, mas a gente pode até ler um jornal, pode caminhar pelo campo, apanhar umas bergamotas, comer umas frutas... Então é um outro ambiente, a gente foge daquele ambiente, daquela rotina que tem em casa, que é estressante, o dia a dia é estressante, tanto no trabalho, como em casa. A minha vida é muito estressante. Então, o meu lazer é o fim de semana.

Do meu visual, eu cuido, porque eu acho que é importante para poder atender as pessoas, a gente tem que estar bem, pelo menos o visual, com o

cabelo arrumado, pelo menos uma roupa mais ou menos, a gente tem que saber se apresentar, um batom, embora as olheiras sejam grandes, mas a gente tem que passar alguma coisa para poder se apresentar ao público. A gente não pode ficar com o corpo desleixado. Eu me preocupo com o meu visual, também. Este tempo eu tiro, nem que seja no sábado.

Tu sabes que eu fazia terapia, a minha terapia, sabes qual era? Cantar. Nós tínhamos um grupo de canto e aí acabou e era a melhor maneira. [...] Ginástica, quando eu posso eu caminho[...] Então, para mim, a gente tinha este grupo. Este grupo a gente tem uma amizade muito grande, são pessoas, assim, legais, bem amigas... E sem falar no trabalho, que também a gente tem uma amizade muito grande com as pessoas aqui e acho que é bom isso.

Durante o período de observação, constatou-se o pouco tempo dedicado para o cuidado de si, durante o horário de trabalho das enfermeiras. Este constituía-se em alguns minutos para tomar café ou chimarrão.

Todos os postos possuem uma sala de cafezinho, onde o mesmo é preparado e onde acontecem as reuniões informais. Este é um local de encontro, de relaxamento e de descontração do grupo, além de ser o local de pequenas refeições. Em alguns locais, alguns funcionários tomam o seu café da manhã ali, após o primeiro momento mais intenso de atendimento. Tudo que é consumido provém de uma “caixa” do grupo ou é trazido por alguma pessoa. Neste local, onde todos ficam “iguais”, são trocadas experiências, resolvidos pequenos problemas.

Mesmo nestes momentos de parada, a enfermeira aproveitava para conversar com alguns membros da equipe, tratando de questões relativas ao trabalho. É o momento do encontro e onde é permitido todo tipo de conversa. Alguns momentos são de pequenos acertos acerca de reuniões, de problemas de clientes, de programas que precisam ser realizados. Noutros, são feitas brincadeiras, são contadas histórias, que permitem um novo ânimo e integração da equipe. Este instante de parada constitui-se de reuniões informais, nas quais são projetados muitos trabalhos.

Quando se aborda o cuidado da cuidadora consigo mesma, percebe-se o quanto as enfermeiras têm dificuldade de voltar-se para a sua percepção e buscar alternativas para seu próprio cuidado. Alguns trabalhos já têm trazido importantes contribuições sobre esta

temática, dentre eles, Mayeroff (1971), Travelbee (1982), Gonzales (1999). Mayeroff, 1971, os quais abordam com muita ênfase o fato de que somente quem entende e avalia o significado de crescer, que compreende e procura satisfazer suas próprias necessidades de crescimento é que pode entender e apreciar devidamente o crescimento do outro. Portanto, na profissão que tem o cuidado como foco unificador e central, o nosso discurso não pode ficar no vazio.

No entanto, a nossa questão de responsabilidade, de querer cumprir as obrigações é um grande impedimento a fim de que estejamos alertas para o momento em que devemos parar, para o cuidado de nós mesmos. Por formação profissional, a enfermagem tem mais preocupação no cuidado com o outro do que consigo mesma. O outro tem que ser bem cuidado, este é um dos valores fundamentais, que tem sido passado e que, muitas vezes, nos distancia de nosso próprio cuidado. O compromisso profissional, a ética e mesmo a solidariedade nos faz distanciarmo-nos de nosso cuidado.

Travelbee, apud Gonzales (1999, p. 21), diz que a mais importante das atitudes é a capacidade de amar a si mesmo, de forma concomitante com o amor ao outro, transcendendo o eu. Sendo que a capacidade de amar a si mesmo antecede a de amar o outro. Isto não significa egoísmo, “mas respeito e conhecimento de nós mesmos, confiança na própria capacidade e atitudes e aceitação das próprias limitações. É preciso ser corajoso para amar a si mesmo, pois é mais fácil analisar as atitudes e limitações de outros do que enfrentar as próprias com honestidade”.

Portanto, o compromisso ético é também para consigo, pois se não nos cuidarmos, poderemos impor um ritmo de vida e trabalho que não é saudável, nem terapêutico. Por isso, o compromisso ético com o outro não pode ser desvirtuado no sentido de querer justificar, muitas vezes, a dificuldade que temos de nos olhar, de não nos permitirmos momentos de autopercepção.

Em suma, o cuidado na enfermagem, abordado neste item, é realizado por um grupo de enfermeiras graduadas em duas instituições de ensino superior em Santa Maria, cujo trabalho foi categorizado em cuidando do ser humano, cuidando do cuidado, cuidando do trabalho, cuidando da equipe e cuidando de si. Nesta classificação, ficou evidente que o trabalho da enfermeira aponta para um cuidado centrado nos programas de saúde adotados pelo município, expandido em trabalhos individuais e coletivos, quando ela coordena grupos de agentes comunitários de saúde, na administração da unidade básica de saúde e no

atendimento de problemas dos clientes que constituem a demanda ao serviço. Ao mesmo tempo, o cuidado individual ou em grupos é permeado por ações educativas, através da interação com o cliente.

4.3 - PREPARO DA ENFERMEIRA

Para a categoria “Preparo da Enfermeira”, utilizou-se, principalmente, dados oriundos das entrevistas realizadas com as nove enfermeiras, nas quais constavam questões relativas ao preparo necessário para trabalhar com esta população, o preparo que elas efetivamente tiveram na graduação e após a graduação. Além destes dados, foram consultados alguns documentos, relativos ao tema da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde.

4.3.1 - Preparo formal

Graduação

A graduação das enfermeiras ocorreu em duas Instituições de Ensino Superior de Santa Maria, Rio Grande do Sul, sendo três na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM e seis na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira – FACEM, atualmente Centro Universitário Franciscano (CEUNIFRAN). O período de graduação deu-se da seguinte forma: uma graduou-se em 1972, seis entre 1984 e 1989, uma em 1991 e uma em 1996.

Pode-se constatar, com estes dados, que somente uma delas, a que se formou em 1972, não foi preparada na vigência do Parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação e da resolução n.4/72, que tratam do Currículo Mínimo para os Cursos de Enfermagem. Antes destes, segundo Unicovsky e Lautert(1998, p. 229), na vigência do Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação, verifica-se a hegemonia da assistência curativista, no Brasil, ao mesmo tempo em que surge “o discurso das necessidades de aumento de cobertura às populações desassistidas (rural e peri-urbana) surgindo a assistência primária à saúde”.

Uma das críticas apresentadas pela comunidade acadêmica de enfermagem, à respeito deste Currículo Mínimo, referia-se à inexistência da matéria Saúde Pública, no tronco profissional comum, o que atendia a exigência do mercado de trabalho da época, que era a prática hospitalar. Com a modificação do Currículo Mínimo, ocorrida em 1972, houve a inclusão de disciplinas das ciências sociais mas, novamente, não foi dada a ênfase para a Saúde Pública, como era a reivindicação da comunidade de enfermagem. Sabe-se, entretanto, que muitos cursos de enfermagem desenvolveram Currículos Plenos com maior ou menor ênfase à área preventivista, apresentando modificações no transcorrer deste período. O final da década de setenta e o decorrer da de oitenta, sob a influência da abertura política brasileira, caracterizam-se por um movimento de reflexão crítica na enfermagem, desaguardando em algumas propostas mais avançadas, no sentido de rever o papel social da enfermagem, frente aos problemas enfrentados pela população. Alguns trabalhos, especialmente dissertações de mestrado e teses de doutorado, tiveram papel importante no sentido de refletir criticamente sobre a prática e o ensino da enfermagem, propondo algumas alternativas.

Em Santa Maria, no Mestrado em Educação da UFSM, foram elaboradas algumas dissertações, dentre elas, as de Backes (1992) e Nietzsche (1993), que estudaram o currículo dos referidos cursos e apontaram algumas reflexões sobre a graduação do enfermeiro no período da formação destas enfermeiras.

Backes (1992), em estudo realizado nos currículos dos Cursos de Enfermagem em três Instituições de Ensino Superior do Rio Grande do Sul, dentre elas a UFSM e a Facem, destaca as interrelações entre o ensino de enfermagem e as políticas oficiais de saúde. O Curso de Enfermagem da Facem, segundo a referida autora, “apresenta uma linha filosófica tecnicista/humanista, ou seja, em seus currículos predomina a fundamentação técnico-científica, aliada à preocupação com o bem estar do indivíduo, configurando uma linha tradicional de pensamento”(p. 330). Em todo o desenvolvimento histórico dos currículos deste curso é evidenciada a sua adequação às políticas de saúde vigentes, embora, em alguns momentos e em algumas disciplinas, há um ensaio de uma análise crítica das políticas de saúde estabelecidas, como nas disciplinas de Saúde Pública e Enfermagem Psiquiátrica. Quando se refere ao Curso de Enfermagem da UFSM, Backes (1992, p. 331) diz que este apresenta uma evolução gradativa através de seus currículos, “conseguindo sair do domínio do enfoque biologista/mecanicista de seus primeiros currículos e alcançar, no último, um

equilíbrio entre as visões biologista/mecanicista, sanitária e histórico-estrutural.” Ao se referir à linha filosófica do Curso, a autora informa que esta “se assenta numa visão eclética, deixando a cargo de cada professor o encaminhamento que desejar dar à disciplina”. Fica também evidenciado, neste trabalho, que pode ser verificada a adequação do Curso às Políticas de Saúde vigentes na época.

Analisando os currículos dos cursos estudados por Backes (1992), percebe-se que não há referência, em nenhum momento, em formar enfermeiras para trabalhar nos municípios da região. As atividades práticas e os estágios propostos são desenvolvidos em hospitais gerais no município de Santa Maria e em unidades ambulatoriais da secretaria de saúde do município ou do estado, pois, na época, não havia ainda a municipalização da saúde neste município.

Outro trabalho deste período foi o de Nietsche (1993), que, ao estudar o Currículo do Curso de Enfermagem da UFSM, elaborou uma proposta pedagógica emancipatória, baseada nos princípios da teoria crítica. Nesta perspectiva, a autora, ao fazer interpretações inferenciais dos depoimentos de egressos e professores do referido curso, evidencia que o ensino da enfermagem ainda é influenciado pelos “princípios da teoria tradicional e tecnicista e se continuarmos a cultivar isso, o nosso papel enquanto curso não vai ser o de transformação, mas o de conservação dos valores de uma sociedade de dominantes e dominados (p. 277)”.

Das nove enfermeiras entrevistadas, quatro informaram ter iniciado suas atividades trabalhando em hospitais de pequeno porte, em cidades do interior. O preparo mencionado por elas, durante a graduação, dizia respeito às aulas práticas em hospitais de grande porte, como o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria – HUSM e Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo – HCAA, ambos hospitais de referência para a região. Nenhuma informou a realização de estágios em hospitais de pequeno porte, característicos desta região, pelo contrário, a crítica em relação ao preparo na área hospitalar dizia respeito, basicamente, ao despreparo para trabalhar em hospitais com poucos equipamentos e falta de pessoal qualificado, como pode-se observar nas seguintes falas:

... estágios, por que só no hospital universitário? Por que não em hospital do interior? Tudo bem que no hospital universitário tu tens o modelo, ali tu vais aprender direitinho, mas acho que tu tens que ter um período para conviver em hospital do interior, para ver a realidade de lá também. [...]

É mil maravilhas em questão de aparelhagens, equipamentos, tudo moderno, bonitinho, tem a faxineira, primeiro passa um pano, tem as técnicas. Ao passo que no hospital do interior, a faxineira varria com aquela vassoura de palha [...] Ela não usava uniforme, nem luva... Ao passo que no hospital universitário tem todas as técnicas para seguir. Então eu acho que era importante estar preparado para trabalhar em tudo.

.... Aquela coisa de tu pegares uma chefia numa unidade, aquele trabalho de poder fazer uma prescrição, chega no interior, como eu te disse, eu dava banho de leito, eu atendia telefone, atendia a campainha, atendia a farmácia, se tinha um parto, ia auxiliar o médico no parto, se tinha uma cirurgia, tinha que entrar para o bloco e deixar o material todo lavado para o dia seguinte. Então eu acho que é isso que falta para o enfermeiro. Às vezes, até porque ele sai da graduação com aquela coisa assim, enfermeiro! Aí tu chegas num hospital pequeno, tens que fazer um pouco de tudo, não só como enfermeiro, mas toda a outra parte de auxiliar, de tudo. Então causa aquele impacto.

No que se refere à **Saúde Pública**, trabalho no qual estão envolvidas na atualidade, oito das nove enfermeiras relatam que a formação recebida na graduação não as preparou para a realidade encontrada nas unidades sanitárias dos municípios. A maioria refere que tanto a teoria como a prática ficaram aquém da necessidade exigida quando iniciaram suas atividades, pois na graduação é trabalhado o básico, ficando para o profissional adaptar-se à realidade encontrada. Por outro lado, havia uma preocupação em formar os profissionais para a área hospitalar em detrimento da área de saúde pública. Para as enfermeiras este é um dos pontos nevrálgicos de sua formação na graduação, como é o caso do depoimento de uma enfermeira que diz,

não sei como que está agora lá, mas eu acho que a gente deveria ser mais preparada para trabalhar com a prevenção, é que nem a parte dos médicos, a gente fica mais na parte do hospital. Parece que o enfermeiro vai sair dali para trabalhar só no hospital. É que agora é que estão exigindo enfermeiros nos postos, porque antigamente não tinha. A enfermeira era só no hospital, tanto é que a própria população diz, quando eu falo que sou enfermeira (...) então tu trabalhas no hospital? Eles não relacionam com o posto de saúde de ter uma enfermeira, porque eles acham que enfermeira tem que trabalhar em hospital. Acho que deveria ter um preparo mais voltado para a prevenção, para a Saúde Pública, não só na parte da enfermagem, mas também da parte médica e todos os profissionais envolvidos na saúde.

Isto reflete a tendência da formação dos profissionais de enfermagem, neste período, para atender ao modelo curativista, centrado no hospital, vigente no período de graduação destas enfermeiras.

Em relação à **teoria**, todas as enfermeiras disseram sentir falta de conteúdos referentes à prevenção, à saúde pública, pois os currículos eram voltados para doenças, para o modelo hospitalar. Nas unidades de saúde são desenvolvidos programas que não são estudados nas faculdades, na parte teórica e prática. Uma das enfermeiras refere a dificuldade encontrada para trabalhar com dados epidemiológicos, temática fundamental em seu trabalho na atualidade, pois a disciplina de epidemiologia foi desenvolvida baseada em conceitos e, durante o restante do curso, não foi estimulada a utilizá-la pelos professores da área profissionalizante. Esta mesma enfermeira refere que também sente dificuldades de trabalhar em pesquisas, pois não teve preparo adequado nas disciplinas de filosofia e metodologia da pesquisa.

A parte **prática** da disciplina de Saúde Pública, em geral, era desenvolvida em escolas, postos de saúde de periferia urbana, em Santa Maria, o que não permitiu uma visão da realidade encontrada em municípios pequenos. Além disso, a carga horária era bem menor do que a desenvolvida em unidades hospitalares, tornando o aprendizado apenas uma noção básica de como é o trabalho. Uma das enfermeiras, quando questionada sobre a prática em saúde pública, disse não lembrar de nenhuma, o que dificultou muito sua adaptação no atual trabalho.

O estágio foi apenas uma noção para nós de como é o trabalho em saúde pública, existe um pequeno preparo, a não ser que a pessoa estivesse exercendo a profissão e ao mesmo tempo estudando na enfermagem. No curso mesmo, o estágio é muito restrito. Quando aparecem coisas novas, já está acabando o estágio. Terminou e tu não conseguiste atingir todos os níveis de conhecimento na realização da parte prática.

Outra refere falta de preparo para resolver problemas de relacionamento na equipe, especialmente quando ocorrem enfrentamentos entre os profissionais, particularmente em relação aos médicos, cuja hegemonia na saúde tem sido objeto de alguns trabalhos, como os de Pires (1989, 1999).

Ao passo que se tu falares com os médicos, quem sabe vamos fazer assim... Já acham que não dá, que fica difícil. Tem que partir deles as ordens, eles não admitem que a enfermagem tome alguma providência... Então, com o funcionamento técnico não tem entrosamento, tem que ser o que eles dizem, a gente faz o que eles acham melhor.

Estas dificuldades estão relacionadas também na falta de preparo da equipe para trabalhar nos programas específicos da secretaria de saúde, cujos treinamentos são organizados para atingir toda a equipe, mas que, na realidade, são as enfermeiras que mais participam,

sempre são as enfermeiras que vão nos treinamentos. Então, o que adianta tu ires lá, tu recebes um treinamento, tu recebes as normas técnicas, tem que aplicar e trabalhar de acordo com as normas técnicas, mas que adianta, quem sou eu? Porque, vamos supor assim, as normas técnicas de uma infecção respiratória, tem lá a parte de enfermagem, mas tem a parte do médico. Se o médico detectar que foi um resfriado comum, tem o que ele deve fazer, porque não precisa medicamento e tem as orientações, se for uma amigdalite, tem tudo o que tem que fazer, o medicamento que tem que usar, que a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde fornece (...) como proceder com as infecções respiratórias, só que o médico não vai, não adianta só tu orientares para a mãe que um resfriado comum não precisa de remédio, se o médico não faz isso. Então, o que está faltando é a participação dos médicos, tanto é que a gente vai nesses encontros, cinco por cento é médico, o resto é tudo enfermeira, de vinte e um, dois são médicos. E ainda é médico que está ali, porque a enfermeira não está no posto, está de licença, porque teve que vir assim. É difícil alguém que participa, assim, porque quer.

Este dado é preocupante, quando se analisa a importância da equipe de saúde trabalhar de forma integrada, para que o cuidado seja mais efetivo. Se, por um lado, as enfermeiras sentem a necessidade de se aproximar do médico para ter uma relação de parceria, visando o cuidado mais integrado às pessoas, por outro, sente-se, ainda em algumas localidades, a tendência da afirmação de sua hegemonia e independência no trabalho. Em algumas situações, quando propostas inovações para buscar alternativas de cuidados, há a postura tradicional de “não adianta fazer estas coisas com esta população, eles já estão viciados.”

Pires (1999), quando se refere aos conflitos que surgem no âmbito do trabalho coletivo, tendo em vista a estruturação das novas profissões, diz que, para resolvê-los, a tendência é manter o modelo no qual o médico é o centro e os demais profissionais atuam

como meros auxiliares. Nestes casos, a última palavra é dada ao médico, sem levar em consideração se sua postura está certa ou errada.

Argumentando nesta mesma linha, Testa, apud Mishima et al. (2000, p. 68), diz que a equipe de saúde “é uma micrororganização que constrói a unidade perdida – através das sucessivas divisões do trabalho que geram outras tantas profissões diferentes”. No entanto, naquilo que foi possível observar entre os Postos de Saúde, das localidades estudadas, a maioria apresenta uma equipe de trabalho nas quais as relações estabelecidas entre as diferentes categorias, se dá de forma hierárquica. Como dizem Mishima et al. (2000, p. 69), os conhecimentos dos profissionais de saúde são diversificados, sendo que uma profissão não conhece a potencialidade da outra, e são colocadas hierarquicamente, reproduzindo a divisão social do trabalho, estabelecendo relações verticais de mando e autoridade. Uma possibilidade de transformar esta relação seria organizá-la de forma horizontal, buscando um processo de trabalho em que fosse possível “negociar e partilhar o seu poder/autonomia profissional, possibilitando, então, compartilhar conhecimentos (saberes) e decisões”. Isto não significa a inexistência de diferenciação de conhecimentos e mesmo de hierarquia de autoridade (existem os cargos), mas que as relações, no processo de trabalho, sejam na busca da reconstrução de um trabalho interdisciplinar. Quando há trabalho integrado, este é liderado pela enfermeira. Parece que só ela sente esta necessidade, porque está em confronto diário com estas questões que exigem uma resposta efetiva e rápida. Então, é urgente trabalhar mais efetivamente, tanto nas graduações, como na educação continuada, o preparo da enfermeira para trabalhar em equipe, seu papel de liderança, bem como formas de enfrentamento nas situações críticas.

Em alguns municípios, no entanto, a relação da equipe de saúde parece ser mais harmoniosa. Sente-se a integração da equipe, tanto na hora do trabalho quanto nos momentos de descontração. A integração da equipe podia ser melhor percebida quando eram realizadas ações coletivas com a população, como os cursos de gestantes. Em um dos municípios, este trabalho era realizado com a coordenação da enfermeira, mas com a participação de todos os membros da equipe de saúde do posto: enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, médico, psicóloga, assistente social e a enfermeira do hospital, para facilitar a sintonia de ações. Cada um com a sua parcela a desenvolver, durante a realização das reuniões, colocava os conteúdos, não havendo a preocupação em mostrar o papel preponderante ou hegemônico.

Outra enfermeira diz não ter sido preparada para trabalhar com a Coordenadoria de Saúde, desconhecendo, na época, como é a estrutura do SUS.

... E tem todos aqueles programas que o estado praticamente determina que sejam implantados. E isso, a gente, dentro da faculdade, não tem conhecimento. E, às vezes, a gente chega na unidade de saúde e tem que trabalhar com isso, tem que implantar, tem o papel do enfermeiro, tem o papel do auxiliar. Eu acho que tinha que preparar mais para isso.

Muitas vezes, é a enfermeira quem assume o papel gerencial da unidade básica de saúde e, no entanto, apesar do preparo nas disciplinas de administração em enfermagem (esta era voltada especificamente para unidades hospitalares), não há uma formação para enfrentar este importante papel da enfermeira. Mesmo que não seja a enfermeira a chefe do serviço de saúde, ela é a responsável técnica do serviço de enfermagem. Para isso, é necessário um preparo adequado, pois todos os programas exigem conhecimento e habilidades específicas. Com o processo de municipalização da saúde, Mishima et al (2000) dizem que o gerenciamento local assume papel fundamental no desenvolvimento das ações de saúde, visando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). É através da gerência que é realizado o papel essencial de condução da equipe de saúde nas unidades básicas de saúde.

Em relação ao **preparo adequado para trabalhar com a população rural**, as enfermeiras disseram que, em toda a área da saúde, deveria haver um preparo melhor para trabalhar com a prevenção na saúde pública. Nas questões quatro e cinco, da entrevista com as enfermeiras, quando perguntado “qual o preparo necessário para trabalhar com esta população? Na tua graduação em enfermagem, houve algum preparo para este tipo de trabalho? Especifica”, em nenhum momento as enfermeiras referiram-se ao meio rural, no qual estão inseridas. Mesmo quando questionadas, especificamente, sobre o trabalho com pessoas moradoras neste meio, as respostas se vinculavam às questões de Saúde Pública, de forma genérica. Disseram, especificamente, que a enfermeira deveria aprender a educar, conscientizar, conhecer os programas oficiais, a administração de unidades sanitárias, incluindo o papel da enfermeira, do auxiliar de enfermagem, o relacionamento entre os profissionais, entre outros.

Para isso, são apontados alguns **conteúdos e estratégias de ensino**, como: conhecer as políticas de saúde, a sua história, como influenciam na saúde das pessoas e coletivi-

dades; propiciar uma visão da saúde que seja preventiva e global; aprofundar conhecimentos na área básica, especialmente nas disciplinas de filosofia, antropologia, metodologia da pesquisa, epidemiologia; conhecer os programas propostos pelo Sistema Único de Saúde, tanto na teoria como na prática; propiciar aos estudantes a possibilidade da realização de estágios diversificados, para conhecer a realidade, os hábitos e culturas diferentes; estes estágios incluiriam, além de unidades sanitárias em municípios de maior porte, o conhecimento de municípios menores, com poucos profissionais, nos quais é necessário conhecer de tudo um pouco; conhecer hospitais pequenos, nos quais as atribuições da enfermeira são diferentes; trabalhar nas comunidades, organizando grupos de hipertensos, de diabéticos, de gestantes, de obesos, na saúde mental, grupo de ansiosos e outros; preparar melhor para educação em saúde.

Teria que ter estágios em qualquer parte, postos de saúde no interior. Postos modelo, na cidade, também... E a questão cultural acho que tem que ser trabalhada, os costumes de cada um, os hábitos, isso faz parte do tratamento e orientação que tu vais dar.

Acho que tem que conhecer um pouquinho da realidade, porque se tu tens a visão, a realidade de um município maior, digamos assim, se tu tens a realidade de Santa Maria e vens para (...), vai ser totalmente diferente, até porque eles lá têm muito mais profissionais, aqui a gente tem que resolver com o que tem. Lá eles têm muito mais recursos humanos, aqui a gente é limitado, é aquilo ali e tem que fazer com aquilo ali. Então, eu acho que ele tem que conhecer um pouquinho da realidade do município pequeno.

Não adianta ter só a conversa, que eu conheço enfermeira que só tem conversa, que chega na hora da prática é uma negação. Então, a parte prática, dentro da enfermagem, falta ainda muita coisa. Falta também a parte de epidemiologia. A filosofia, a metodologia, para fazer alguma pesquisa, às vezes está ali, caindo de maduro e tu não estás enxergando. Não sei como fazer.

Analisando as propostas de conteúdos e estratégias de ensino, percebe-se que as enfermeiras divisam as lacunas deixadas pela formação acadêmica, propiciada nos cursos de graduação. Uma das propostas de conteúdos, que chama a atenção, refere-se às disciplinas da área básica, como filosofia, antropologia, metodologia da pesquisa e epidemiologia, que dariam subsídios para a percepção mais adequada das pessoas e comunidades, bem como proporciona-

ria maiores condições de trabalhar com pesquisas. Para conhecer melhor a realidade de saúde/doença da população foi sugerido, além de conteúdos teóricos, a realização de atividades práticas e estágios, que possibilitassem uma maior aproximação com as diferentes culturas.

A crítica trazida pelas enfermeiras, em relação à sua formação acadêmica, aproxima-se ao que foi encontrado pelos trabalhos de Backes (1992) e Nietzsche (1993). Estes trabalhos, realizados nas duas escolas que formaram as enfermeiras das localidades estudadas, apontam para um preparo voltado para os princípios da teoria tradicional e tecnicista, ficando também evidenciado que pode ser verificada a sua adequação às Políticas de Saúde vigentes na época.

Para resolver parte das dificuldades de trabalhar em Saúde Pública, algumas enfermeiras realizaram Estágios Extra-Curriculares, tanto durante como após a graduação.

... Depois que eu me formei, eu fiz estágios voluntários, no HUSM, de noite, era período de férias, janeiro. A gente não sabia que rumo tomar, até conseguir alguma coisa. Então, começaram a surgir esses concursos para as prefeituras. Comecei a fazer ... Ai entrava pontuação de currículo e a gente ia lá para o final, não tinha título, não tinha nada, porque era só título depois de formada. [...] Fiz também treinamento na creche da universidade...

Eu tive o prazer de conviver, principalmente no final do curso, com enfermeiras que para mim são[...] modelos bons. São enfermeiras que têm aquela visão do todo, que têm aquela visão humana, enfermeiras que têm aquele lado competente, sem ser aquela coisa reta, aquela enfermeira séria, carrancuda... que muitas vezes o pessoal tem idéia. Acho que isso aí foi muito positivo, porque eu me espelhava nelas. E eu dizia: sabe, eu tenho que buscar mais, afinal de contas elas estão tão bem preparadas, e esse preparo não é de uma hora para outra. Fora isso, a prática... a prática da graduação é muito pouca. Se o aluno não corre atrás, não faz estágio extra-curricular...

Pós-graduação

Para algumas enfermeiras, outra forma de superar as dificuldades e lacunas deixadas pela graduação foi a realização de Cursos de Pós-Graduação, que proporcionaram a complementação e atualização de conteúdos. Das nove enfermeiras, cinco fizeram especialização, uma está cursando e três não fizeram nenhuma. Dentre as que cursaram especiali-

zação, duas são em Saúde Pública ou Saúde Coletiva, uma em Administração Hospitalar, uma em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social e Enfermagem do Trabalho e uma em Pedagogia da Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração Hospitalar.

Eu fiz pós-graduação em Saúde Coletiva, na UFSM, foi na última turma que teve. Foi antes de fazer o concurso. A formação que a gente teve na graduação era voltada para o hospital

Pode-se perceber, com estes dados, que a maioria das enfermeiras que trabalham nestes municípios, realizaram cursos de pós-graduação. Algumas realizaram mais do que uma especialização, sendo que todos os cursos, de uma forma ou de outra, contribuíram para o preparo no trabalho que desenvolvem. Durante o período da coleta de dados, uma das enfermeiras estava preparando-se para a seleção em Curso de Especialização em Saúde Pública. Esta enfermeira foi selecionada e encontra-se em fase de conclusão do curso.

4.3.2 - Preparo informal

Quando iniciaram seu trabalho na área de Saúde Pública, as enfermeiras, mesmo não estando preparadas adequadamente para isto, utilizaram algumas **estratégias de adaptação**, que facilitaram o melhor desempenho nas unidades de saúde. Estas estratégias variaram, desde a participação em cursos de capacitação dos profissionais da área, estudos autodidatas, utilização de metodologias adequadas para a melhoria da qualidade do trabalho, adaptação de experiências positivas de outros municípios, procura de novidades na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e uso do conhecimento empírico e da criatividade.

Para o ingresso nas atividades do SUS, em programas oficiais da Secretaria de Saúde do Estado, existe uma série de cursos efetivados pela equipe responsável por esta atividade. Segundo as enfermeiras, nenhum programa novo é implantado sem que antes haja a capacitação de alguém do município, geralmente enfermeiras e médicos. Também a própria municipalização da saúde, em cada município, é realizada de acordo com algumas exigências do SUS, nas quais as pessoas envolvidas vão sendo preparadas.

As políticas de saúde a gente tem que acompanhar, tem que ao menos se atualizar, buscar informação. Essas coisas novas, o enfermeiro sabe que deve sempre buscar, na nossa época, era o buscar um outro lado, mais curativo. Agora é uma visão preventiva e global, de tu conheceres a realidade...

A secretaria de saúde faz a capacitação para os programas que desenvolve [...] Nenhum programa é implantado sem que haja uma capacitação de alguém do município. Geralmente, são os médicos e enfermeiros que vão. Tem os auxiliares, também. Mas eu acho que têm dado um bom respaldo [...] A própria municipalização tem que passar por uma série de exigências e dentro disso a gente vai pegando o conhecimento.

Consultando o Relatório de Gestão da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), de 1999 a agosto de 2000 (Estado do Rio Grande do Sul, 2000), constatou-se as seguintes atividades para a formação dos trabalhadores do SUS: descentralização da Escola de Saúde Pública⁸ com a formação, na 4ª CRS, do Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC); planejamento de atividades de formação, com os municípios, onde foram apontadas prioridades (saúde mental dos trabalhadores de saúde, políticas de saúde, epidemiologia, educação em saúde, saúde do idoso, alcoolismo e drogadição e sexualidade/gravidez na adolescência); execução de cursos microrregionais de motivação para os trabalhadores de saúde; realização do curso de gestores que debateu a temática das políticas de saúde; visita de assessoria aos municípios abordando a temática da vigilância de saúde; realização do curso de reanimação neonatal para trabalhadores dos hospitais da região; seminário sobre leptospirose, juntamente com a Emater; capacitação em Sala de Vacina para trabalhadores da região; capacitação de trabalhadores da regional para coleta de citopatologia, colposcopia; curso “Prevenção à Gestação na Adolescência”; treinamento para confecção de lâminas para diagnóstico de tuberculose; realização de encontro macrorregional Centro-Oeste das instituições formadoras de recursos humanos na área de Educação em Saúde; organização através do NURESC, dos comitês temáticos de gestão e planejamento, atenção básica/saúde da família, urgência e emergência com participação da UFSM e CEUNIFRAN, para que sejam implantadas ações de capacitação nestas áreas, bem como discutir proposições para os comitês estaduais; entre outras.

⁸ A Escola de Saúde Pública é órgão da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, cuja sede é em Porto Alegre e visa a formação de trabalhadores de saúde do SUS.

Como pode ser visto, há uma gama de atividades relacionadas com o preparo dos trabalhadores de saúde, realizadas pela 4ª CRS, entre eles as auxiliares de enfermagem e enfermeiras. As enfermeiras e/ou auxiliares de enfermagem, para poderem atuar na vacinação, por exemplo, receberam treinamento específico. Outro programa, para o qual as enfermeiras que fizeram parte deste estudo foram preparadas pela 4ª CRS, foi o de capacitação para coleta de citopatologia, colposcopia e preventivo de câncer de mama. Dos municípios estudados, em cinco deles, esta atividade é realizada, pelo SUS, exclusivamente pelas enfermeiras.

Depois, fiquei uma semana no Centro Materno Infantil em Santa Maria, fazendo treinamento em coleta de preventivo, citopatológico e exame de mamas.

Eu também recebo treinamento continuado, pela 4ª Coordenadoria de Saúde. Eles organizam, convocam [...]

No que se refere ao PACS, nas normas e diretrizes (Estado do Rio Grande do Sul, 1997), consta que, para o município aderir ao programa, deve ter uma enfermeira contratada para assumir a coordenação do programa, naquele local. A capacitação das enfermeiras instrutoras/supervisoras dos municípios e das coordenadoras regionais do PACS é de competência da coordenação estadual. Na capacitação introdutória, são trabalhadas as estratégias para trabalhar com as comunidades, o funcionamento do programa, os modelos de atenção, as práticas pedagógicas, o papel da enfermeira no PACS. A cada dois meses, aproximadamente, são realizadas reuniões com as enfermeiras coordenadoras, para tratar temas emergentes das comunidades ou de interesse do programa.

Fiz todo o treinamento do PACS.

Outra forma de absorver a nova produção do conhecimento é através de estudos individuais, como autodidatas, como expressa a fala da enfermeira:

a gente também tem capacidade de dar aula. Sobre hipertensão eu vou pesquisar em livros e revistas e vou repassar para os agentes de saúde.

A estratégia para superar as lacunas existentes na sua formação, referida por algumas enfermeiras, foi conhecer a realidade encontrada, fazer o levantamento de prioridades, identificar as deficiências e buscar metodologias adequadas para trabalhar com estas populações. Muitas vezes, esta estratégia era oriunda do conhecimento da prática e da criatividade, utilizando a adaptação à nova realidade e a intuição.

Com a terceira idade, iniciei o trabalho meio às escuras, na minha intuição. Dava um passo e via se dava para dar outro e assim fui indo. Só que daí fui buscar orientação fora, na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, nos grupos de terceira idade de Santa Maria, com o pessoal que realiza aquela caminhada para os hipertensos ... Com os grupos de outros municípios como o nosso, fico muito ligada. Se sei que tem uma pessoa que faz trabalho com idosos, tento saber como fazem, para saber se a gente está no mesmo caminho, no caminho certo.

É claro que na faculdade tu aprendes, mas tu trabalhas em hospitais sobre hipertensão, tu vais ver a pressão, se está alta, vai dar medicamento e tal, tu não trabalhas muito com a orientação, principalmente em hospital que tem que fazer de tudo, que tu deixas o papel do enfermeiro e vai fazer o dos outros. Mas agora, trabalhando em Saúde Pública, tu sentes a necessidade que tens que trabalhar mais com a boca, tens que falar, orientar as pessoas. E muita coisa mudou também, tu tens que aperfeiçoar, ler livros, pesquisar em revistas. Às vezes alguma coisa nova que vem em revistas e em livros que a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde forneceu, material didático para pesquisares e poder repassar. São orientações simples, ao nível das pessoas, para que elas possam aprender. Não tem um limite, no momento que eu achar que está andando, se eu achar que em um ano tiver que dar um só treinamento, tudo bem. Por exemplo, o grupo de hipertensos, se tiver que levar um ano para organizar e funcionar eu vou levar um ano. Não tenho pressa, eu quero que a coisa ande...

Assim, a graduação das enfermeiras que fizeram parte desta pesquisa deu-se em duas Escolas de Enfermagem de Santa Maria, entre os anos de 1972 e 1996. Segundo estas enfermeiras, a sua formação acadêmica proporcionou um preparo voltado mais para a área curativista, em detrimento da prevenção, modelo vigente na época. Apontam algumas dificuldades encontradas em seus trabalhos, frente às lacunas deixadas na graduação e alternativas para superar estas dificuldades. Na realidade, as enfermeiras percebem que, na graduação, houve um preparo básico que, mesmo voltado para a área curativa, em hospitais,

serviu de alicerce para a continuidade do aprendizado. Nestes casos, foi necessária uma adaptação do conhecimento para a nova realidade, somando-se a isto, houve um preparo oficial da Secretaria de Saúde e, ainda, o empenho individual de cada enfermeira, no seu papel de educadora.

5 - INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS COM AS QUESTÕES, A TESE E OS OBJETIVOS DA PESQUISA

Neste momento em que chego ao final deste trabalho, torna-se de fundamental importância fazer uma reflexão sobre o seu significado, sua relação com as questões de pesquisa, a tese e os objetivos. Por outro lado, é também importante estabelecer o seu alcance e a contribuição que traz para refletir a enfermagem e o preparo das enfermeiras, para o cuidado com populações rurais.

No transcorrer de todo o trabalho, evidenciou-se o contexto rural. Apesar de toda uma discussão acerca da urbanização, que tem caracterizado as últimas décadas, percebe-se, nos dias atuais, uma tendência, se não de retorno ao meio rural, ao menos uma diminuição da saída. Um dos fatores que têm influenciado esta tendência são as emancipações ocorridas nas últimas décadas, criando novas oportunidades de trabalho, tornando mais próximo o acesso aos bens e serviços urbanos. Dos sete municípios estudados, três emanciparam-se entre os anos de 1959 e 1965 e os demais entre os anos de 1988 e 1992. Então, o município mais antigo completou quarenta e um anos de emancipação política e administrativa e os dois mais novos, oito anos. Esta permanência no município deve-se, também, às dificuldades de trabalho nos municípios maiores. Muitos agricultores, sabe-se muito bem disso, passaram a aumentar a periferia pobre e desassistida das grandes cidades. Percebe-se que as pessoas que vivem no meio rural, mesmo com dificuldades econômicas, possuem o essencial para a manutenção da vida, considerando a possibilidade precária daquelas periferias urbanas. Com o advento das emancipações e os projetos de desenvolvimento destes municípios, criou-se uma nova frente de trabalho e perspectiva de “negócios” para o agricultor e seus descendentes: O ecoturismo e a agroindústria são duas frentes importantes que estão criando expectativa e possibilidades de melhoria econômica e da qualidade de vida destas pessoas.

Entre os bens e serviços urbanos que permitem a melhoria da qualidade de vida dos habitantes do meio rural está a proximidade aos serviços de saúde. Embora a sua moradia esteja mais distante, pela localização das propriedades rurais, ela está próxima por localizar-se na sede de seu município. Nestes, com a municipalização da saúde, existe a possibilidade de acesso ao Sistema Único de Saúde, com todas as dificuldades por que vem passando este sistema.

Percebe-se, nestas comunidades, uma maior mobilização, neste momento histórico. A comunidade é envolvida, participativa, reivindicadora, negociadora, às vezes, chegando a ser exigente daquilo que aprendeu ser seu direito. Em alguns dos municípios, as pessoas passaram a conhecer o seu direito à saúde e têm buscado a sua assistência mais efetivamente, pois, como diz uma das enfermeiras, “as pessoas descobriram que têm direito e querem as coisas...” Situação que não era vivenciada há poucos anos. Creio que este posicionamento deve-se, essencialmente, às garantias constitucionais e os novos meios de participação popular, como os conselhos. São conquistas que mudaram não só o acesso como a possibilidade de participar e reivindicar aquilo que é considerado seu direito.

Nesta inserção ao sistema de saúde está a enfermeira, que é solicitada para intermediar, pois ela é a referência para as pessoas, tendo que saber fazer integração e articular-se com as forças da comunidade para poder efetivar o seu trabalho. Muitas vezes este papel passa a ser o de interceder pelas pessoas para que tenham a assistência necessária.

No momento de finalizar esta tese, volto mais uma vez o olhar para as perguntas que suscitaram este trabalho e que constam da introdução: como será que as enfermeiras desenvolvem o cuidado às famílias que têm um referencial popular de cuidado que é transmitido através dos tempos, especialmente pelas mulheres e que vivem em municípios essencialmente rurais? Existe, na formação da enfermeira, um preparo geral para o cuidado. Será que houve alguma dificuldade das enfermeiras que chegaram a estes locais para trabalhar com estas famílias? Qual o preparo que favoreceu o cuidado especializado que foi exigido na prática?

Estas interrogações são provenientes de um estudo anterior (Denardin Budó, 1994), que descreve as práticas de cuidados de uma população rural, no qual são evidenciados cuidados populares. Este referencial serviu de base para pensar o cuidado profissional da enfermeira, que, conforme preconiza Leininger (1991, 1995), deve ser congruente com o popular.

As perguntas anteriormente referidas foram integradas nas duas **questões de pesquisa**, que passo a responder:

Como é a prática de cuidados desenvolvida pelas enfermeiras nos municípios da 4ª Colônia de Imigração Italiana do RS, partindo do pressuposto de que deve haver complementaridade entre o saber profissional e o saber popular?

Para responder a esta questão, procurei desvincular o que a enfermeira referiu, principalmente através da entrevista, e o que percebi, através da observação do seu trabalho.

Como a enfermeira vê o seu trabalho – as entrevistas

A **expectativa** das enfermeiras em relação ao seu trabalho era poder trabalhar com a prevenção, em unidade de saúde, trabalhando com grupos, resolvendo os problemas das pessoas, orientando-as. Saíram da graduação cheias de sonhos, querendo ser uma profissional que buscasse sempre crescer, com muita vontade de trabalhar e mudar a realidade, a partir dos problemas encontrados. No que se refere à **percepção** de seu trabalho, as enfermeiras reportam-se, com satisfação, ao crescimento do papel da enfermeira com as inovações da Reforma Sanitária e à importância da interação com as pessoas ou coletividades com as quais trabalham. Dentre os **fatores de prazer** destacam-se o poder trabalhar com as pessoas (orientando, conversando, ajudando, fazendo palestras, conscientizando-as), tanto de forma individual como de forma coletiva e o reconhecimento de seu trabalho pela população, pelas autoridades locais e pela equipe de saúde. Os **fatores de sofrimento** estão relacionados com as dificuldades das pessoas mudarem comportamentos, de se interessarem pelos programas, de reclamarem, de serem impacientes e de não conseguirem atender suas necessidades. Por outro lado, a falta de resolubilidade dos problemas, os fatores econômicos, a falta de verba para os projetos são também referidos como fatores de desgaste, juntamente com as dificuldades em trabalhar em equipe.

A **concepção de cuidado** referida pelas enfermeiras envolve: a visão de integralidade, totalidade, expressando-se através de “o cuidado é com o todo”; resolubilidade dos problemas; conhecimento técnico; sensibilidade e educação para prevenção de doenças. **Não cuidar** expressa-se por deixar de dar atendimento, atenção, orientação ou qualquer procedimento por falta de pessoal, de tempo, de verba, de transporte ou de sistema de referência e contra referência. Além disso, não cuidar implica em realizar técnicas isoladas, sem interação com o cliente; ser negligente, desinteressada; fazer só a rotina, não sendo perceptiva em relação à real necessidade do cliente; não ver o cliente como um todo.

Como eu vi o trabalho da enfermeira - a observação participante

O processo de trabalho das enfermeiras é um todo complexo e articulado e deve ser visto no contexto histórico no qual se desenrola. No período de uma semana, muitos aspectos do trabalho podem ser observados, enquanto tantos outros ficam mais na descrição da enfermeira ou não foram relatados. Por esta razão, por mais completo e articulado que se tenha tentado descrevê-lo, será sempre o reflexo de um momento, como uma fotografia que, ao ser revelada, expressa aquele momento e não outros também possíveis. A categorização escolhida para agrupar os dados significa uma das possibilidades para análise, que poderia ser de outras tantas formas. É a perspectiva do observador, que, ao afastar-se daquilo que observa, tenta descrevê-lo e classificá-lo. Não é uma tarefa fácil. Pelo contrário, retirar do observado o que se considera a sua essência, refletir sobre o dado e inferir é um trabalho árduo, mas representa, também, um momento de grande satisfação. Esta é uma tentativa de, neste momento, fazer uma síntese do que foi constatado na realidade empírica.

Em relação ao **Cuidando do Ser Humano**, foram identificadas ações referentes à interação enfermeira/cliente, à educação em saúde e procedimentos e técnicas. Na *interação enfermeira/cliente* a enfermeira aparece no papel de intermediária entre o cliente e o Sistema de Saúde. Esta interação se dá através da troca, da sintonia, do conhecimento do contexto de vida das pessoas cuidadas. A *educação em saúde* se processa em ações educativas coletivas, como os grupos de terceira idade, de gestantes, de escolares, de trabalhadores rurais, entre outros, e ações individuais, como as consultas de enfermagem e todo momento de cuidado ao cliente. *Os procedimentos e técnicas* foram agrupados em cuidados referentes ao planejamento familiar, aos cuidados com a gestante e bebê, aos cuidados com as crianças, aos cuidados com adultos crônicos (diabéticos, hipertensos e outros), aos cuidados com as mulheres, cuidados com as pessoas de terceira idade, cuidados em relação ao alcoolismo e ao uso de agrotóxicos. O Cuidando do Ser Humano desenvolve-se através da interação humana, com atos educativos individuais ou coletivos, concentrando-se principalmente em cuidados com gestantes e bebê, crianças, adultos com intercorrências crônicas, mulheres, pessoas de terceira idade e em relação a agravos como alcoolismo e uso de agrotóxicos. Percebe-se uma maior atenção aos programas oficiais da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Ministério da Saúde e a outros problemas decorrentes da

demanda ao serviço. Durante o período de coleta de dados, poucas atividades foram observadas ou referidas pelas enfermeiras que estivessem relacionadas especificamente com o trabalho rural (como o uso inadequado dos agrotóxicos e destinação das embalagens destes produtos) e com as crenças e valores culturais. Estas atividades restringiram-se a referências durante palestra de sala de espera, em discussão durante reunião da comissão sanitária do município, tendo em vista o risco de epidemia de cólera ou em relatos das enfermeiras pela preocupação em relação ao problema. Por outro lado, já existe uma preocupação em trabalhar com os problemas específicos deste meio rural em alguns municípios, como a relação entre incidência de suicídio e a cultura.

Portella (1998, p. 48), em trabalho realizado com mulheres rurais, diz que o seu cotidiano “está repleto de situações de troca de saberes em educação e saúde, e em suas práticas de cuidados, no processo de viver-envelhecer, dentro de sua visão de mundo. Ao interagir com a enfermeira haveria a possibilidade de compartilhar tais saberes.” Para concretizar esta proposição, a autora integrou a teoria de Leininger e princípios pedagógicos de Paulo Freire. Através da ação-reflexão com o grupo estudado, a enfermeira conheceu algumas práticas culturais de saúde que contribuíam no processo de envelhecer saudável. Com isso, foi possível desenvolver um processo de enfermagem com ações educativas à partir de princípios Freirianos e da proposta de cuidado cultural de Leininger. Estas ações foram no sentido de preservar, acomodar ou repadronizar as práticas culturais de saúde das mulheres rurais.

O Cuidando do Cuidado é abrangente e diversificado, incluindo desde o planejamento, programação das atividades do posto, até ações mais simplificadas como o preparo de material e preenchimento de boletins e relatórios. É visto pelas enfermeiras como algo fundamental para que o cuidado com o ser humano seja efetivado adequadamente, embora algumas das atividades sejam consideradas eminentemente burocráticas. Mesmo isso não é consenso entre elas, pois algumas referem ser este um trabalho importante para o cliente e para o cômputo de dados epidemiológicos e estatísticos, bem como do trabalho efetivado pela equipe de enfermagem. Incluem-se neste item a participação da enfermeira no Conselho Municipal de Saúde, de Merenda Escolar, do Bem Estar Social, da Criança e Adolescente em reuniões e assessorias a vários órgãos do município. Além disso, contempla, também, toda a programação e preparo de material para as atividades de educação em saúde.

No que se refere ao **Cuidando do Trabalho**, a enfermeira realiza algumas atividades de infra-estrutura para o funcionamento do Posto e para o atendimento de necessidades de consultas das pessoas, principalmente em relação ao trabalho de secretária de saúde ou na sua substituição. São procedimentos que direta ou indiretamente atingem as pessoas. Muitas destas atividades realizadas são para suprir as deficiências do SUS, como a suplementação de medicamentos indisponíveis na farmácia básica, marcação de consultas e exames através de convênios.

O **Cuidando da Equipe** constitui-se de cuidados relativos ao planejamento e execução de ações que envolvam a equipe de saúde. Poucas foram as ações que envolveram outros profissionais, como médicos, dentistas, psicólogo ou fisioterapeuta. A maior parte das atividades dizia respeito à organização do trabalho e às orientações da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Destaque especial é dado ao trabalho relacionado com o treinamento introdutório e capacitação permanente dos ACS, que é desempenhado exclusivamente pelas enfermeiras, nos municípios que adotaram o PACS.

No **Cuidando de Si**, foi detectado que as enfermeiras pouco têm realizado para desenvolver cuidados consigo mesmas. Trata-se de uma postura em que o cuidado do outro, relacionado com o trabalho (clientes, atividades de planejamento, coordenação, entre outras) ou com a família (filhos, marido, pais) vem em primeiro lugar. Demonstram saber suas necessidades em relação ao autocrescimento, ao lazer, à uma vida mais integrada, mas não têm conseguido satisfazê-las.

Pode-se dizer que, fazendo uma relação entre as diferentes categorias, o cuidando do trabalho dá condições para a realização do cuidando do cuidado, que, por sua vez, dá condições para cuidar do ser humano. Isto porque, cuidar do ser humano, significa a pessoa chegar no posto e ter uma solução para o seu problema. Então, às vezes, a solução para o problema trazido pelo cliente é telefonar e marcar uma consulta com o especialista, em Santa Maria. É a resolubilidade que as pessoas procuram no posto de saúde. Nestes municípios rurais, elas têm mais facilidade para resolver as suas situações de doença, pois solucionam os problemas comuns, porque o médico, o dentista, a enfermeira (em alguns casos também), a fisioterapeuta, a psicóloga, estão ali e mais de 90% da população tem acesso ao SUS, o que não é o caso das grandes cidades. Elas têm um modelo de saúde, de certa forma, privilegiado, pois quando vêm encaminhadas do interior, têm o acolhimento das insti-

tuições urbanas como o HUSM, mesmo não havendo um sistema de referência e contra referência bem organizado. Além disso, agora existe o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), que dá suporte ao tratamento, através de uma rede ampliada das especialidades na região e no Estado.

Na tentativa de responder mais diretamente a segunda parte desta pergunta, que coloca o **pressuposto da necessidade de complementaridade entre o saber popular e profissional**, pode-se dizer que:

Os cuidados referentes ao Cuidando do Ser Humano, em sua grande maioria, estavam pautados em programas oficiais e que já trazem uma série de orientações, partindo da conjectura de que as pessoas cuidadas precisam ser orientadas nos aspectos trabalhados, como é o caso das vacinações, da amamentação, dos cuidados com os bebês, do auto-exame de mamas, entre muitos outros. Raras foram as situações em que as enfermeiras perguntaram aos clientes: como o(a) senhor(a) faz para cuidar, neste caso? Isto reforça o argumento da não utilização da classificação de Leininger (1991), para organizar a categoria referente à abordagem do cuidado cultural, como estava previsto no projeto de tese. Como classificar o cuidado em relação à preservação/manutenção, acomodação/negociação e remodelação/reestruturação do cuidado cultural, se a enfermeira não conhece como é o cuidado cultural? Em geral, quando alguém vai ao posto de saúde, não se percebe, na postura da enfermeira, preocupação em conhecer a forma com que as pessoas já desenvolvem cuidados familiares. Nos casos em que são aplicadas as vacinas, por exemplo, há uma preocupação em orientar sobre a importância das mesmas, como a mãe pode ajudar na sua aplicação e os cuidados que ela deve ter após sua aplicação. Outra orientação, que está presente no momento da vacina, é a explicação de como funciona o cartão da criança, especialmente em relação à curva de crescimento. Nestes casos, as orientações são realizadas de maneira uniforme, sem levar em conta as condições, conhecimentos, possibilidades da paciente em relação àquilo que será orientado. Talvez isto se deva ao fato de a vacinação ter um padrão de orientações, que está arraigado na prática da enfermeira e que, no momento em que a realiza, as orientações vêm do mesmo jeito para todas as pessoas. Neste caso, há um padrão destas orientações, fugindo daquilo que é proposto pelo cuidado cultural congruente por Leininger.

Por outro lado, já existem algumas circunstâncias em que se pode dizer que há uma aproximação ao que preconiza Leininger (1991), em relação ao cuidado cultural adequado,

pelo menos no que se refere a conhecer o modo de vida, visão de mundo e valores das pessoas cuidadas. Quando a enfermeira e a psicóloga de um dos municípios buscam as causas da incidência de depressão e suicídio na região e procuram a associação com os valores culturais e ambiente físico; quando as enfermeiras fazem visitas domiciliares e procuram conhecer como vivem as pessoas e fazem as orientações com base neste conhecimento, são algumas situações que podem ser enquadradas nestas circunstâncias.

A segunda questão referia-se ao preparo da enfermeira para o trabalho que ela desenvolve nestas comunidades rurais:

A enfermeira está preparada para desenvolver o cuidado que as pessoas precisam numa comunidade rural?

O preparo proporcionado para as enfermeiras foi agrupado em preparo formal, de graduação e pós-graduação, e preparo informal, através de capacitação para os programas específicos que o Sistema de Saúde oferece, através da CRS. A formação destas enfermeiras, na graduação, foi voltada para o modelo curativista, no qual a saúde pública foi muito pouco contemplada. Foram apontadas lacunas em conteúdos, tanto da parte teórica como da parte prática. Frente a estas carências, as enfermeiras buscaram a complementação através de estágios extra-curriculares, cursos de pós-graduação, educação continuada na DRS e estudos individuais.

Para superar estas deficiências nos cursos de graduação, propõe-se algumas alternativas, como a ênfase em conteúdos que proporcionem uma melhor visão do SUS, tanto na parte teórica como na prática; aprofundar os conteúdos na teoria e resgatá-los na prática pelos professores da área profissionalizante, em disciplinas como filosofia, antropologia, epidemiologia e metodologia da pesquisa. Sobre a prática, é sugerida a realização de estágios em hospitais de grande e pequeno porte e postos de saúde em cidades maiores e cidades menores, pois além do ambiente diferenciado, há toda uma gama de oportunidades de ações, que proporcionariam um aprendizado geral, mas diversificado; nas comunidades, proporcionar uma vivência com grupos e outras atividades que instrumentalizasse para a educação em saúde. Também Saupe et al. (1999-a, p. 27), em estudo realizado com egressos de cursos de enfermagem, confirma a importância referida por eles no preparo para

desenvolver ações educativas, pois esta função está presente em todas as áreas de atuação. Para eles, “o preparo recebido não é considerado suficiente e, segundo os entrevistados, precisaria ser mais dinâmico, diversificado e ministrado por professores competentes, com experiência nas várias dimensões da educação em enfermagem.”

Com todas as dificuldades e carências deixadas pelo preparo formal, na graduação, as enfermeiras conseguem superá-las, em parte, realizando um cuidado articulado com as forças da comunidade, tanto com os órgãos governamentais, como com as organizações não governamentais. É um trabalho de relevância social, de muito sacrifício, de doação, participativo, pois estão presentes na maioria dos conselhos locais. Apresenta aqueles valores tradicionais da enfermagem, como amor, doação, compromisso ético com as pessoas, já com uma crítica atual em relação ao sistema de saúde e as necessidades locais. Apesar deste trabalho ser exigente, elas têm um grande prazer. As queixas, as causas de maior sofrimento são mais por não ter condições de fazer o trabalho do que pelo trabalho em si. Talvez isto se deva pelo fato de que cuidar de alguém, como diz Mayeroff (1971), possibilita ter “um-lugar” no mundo. Ou, dizendo de outra forma, ocupo um espaço no mundo pela maneira com que me relaciono com os outros.

Por outro lado, penso que o trabalho das enfermeiras poderia desenvolver-se mais no sentido de manter e ampliar as parcerias e alianças com os demais setores profissionais municipais e regionais, como já vem acontecendo com a Igreja, através da Pastoral da Saúde, da Emater, com as secretarias municipais e órgãos estaduais e federais, organizações não governamentais, que possam contribuir para um cuidado mais integrado e integrador. Há necessidade de ampliar o diálogo com a população em nível individual e coletivo, visando aprofundar o conhecimento de suas práticas e visão de mundo, para a busca de um cuidado culturalmente congruente, como propõe Leininger (1991), ou como diz Collière (1989, p. 293), desenvolvendo um processo de cuidados de enfermagem, no qual há encontro de duas ou mais pessoas, em “um sistema de troca, proveniente de origens diferentes e complementares, com vista a conseguir determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objetivos e os meios necessários para os atingir.”

Acredito que a maior dificuldade apontada pelas enfermeiras, na sua formação, está relacionada com a falta de articulação entre os conteúdos trabalhados nas disciplinas básicas e profissionalizantes, entre a teoria e a prática e entre a pesquisa, ensino e extensão.

Esta desarticulação levou a um ensino/aprendizado fragmentado. No entanto, as enfermeiras tentam superar suas deficiências e superar-se para realizar um cuidado mais adequado. Se houvesse um investimento maior no preparo, haveria menos desgaste e mais tranquilidade para ela e para o cliente.

Os conteúdos que instrumentalizam para a interação, para o conhecimento e compreensão do ser humano e o seu contexto no mundo de relações, o respeito às pessoas, conviver com o diferente, dar espaço para o outro ser e fazer como gostaria, muitas vezes não são resgatados e trabalhados nas disciplinas profissionalizantes. Muitos outros conteúdos, como as teorias de enfermagem, que dariam subsídios para a aplicação de metodologias na prática, a epidemiologia, que instrumentalizaria o trabalho com as populações e muitos outros são situações que se constituem em lacunas importantes referidas pelas enfermeiras em seu preparo.

Por outro lado, os alunos, quando chegam na graduação têm a expectativa de ingressar o mais rápido possível no aprendizado da prática profissional. E o que isso representa, no seu imaginário? Trabalhar o mais precocemente com as pessoas. Mas, para trabalhar com pessoas são necessários instrumentais, através de conteúdos e disciplinas, como a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia, a Ética, as Metodologias de Pesquisa e de Trabalho, a Comunicação, entre outros; conteúdos da área biológica, que juntamente com as técnicas serão os instrumentais para a sustentação no ensino do exercício prático acadêmico. O contato precoce do aluno com a prática é desejável e até preconizado, mas deve ser articulado e fundamentado pela teoria. As teorias de enfermagem, por exemplo, têm sido trabalhadas há algum tempo na formação do aluno. Mas de que forma? Qual a vinculação destas com a prática nos locais de estágio? Como os enfermeiros, professores e assistenciais trabalham estas teorias? Sabemos o quanto a integração entre teoria e prática, pesquisa, ensino e serviço são fundamentais para a formação mais integrada do profissional. Hoje já temos alguns modelos assistenciais construídos em experiências acadêmicas, mas que ainda não chegaram nos locais de prática que estão longe da academia. Nosso discurso tem prometido muito, mas transformado pouco. Qual o papel dos órgãos formadores?

Talvez as mudanças estejam mais próximas do que imaginamos, pois a recente produção científica na enfermagem vem apontando a necessidade do rompimento dos modelos existentes hoje. Alguns trabalhos estão propondo alternativas para tentarmos superar estas dificuldades.

Qual o cuidado que deve ser propiciado para as pessoas que vivem em comunidades rurais? Talvez não seja, na sua essência, muito diferenciado daquele de outras localidades, mas há problemas locais que são diferentes e precisam ser trabalhados adequadamente. Para isso, é necessário que as enfermeiras sejam preparadas também para isso. As profissionais que estão hoje atuando nestas localidades foram formadas em duas escolas de enfermagem de Santa Maria, que distam entre trinta e cento e vinte quilômetros destas localidades. Podemos, então, afirmar que estes municípios fazem parte da região de abrangência da UFSM e CEUNIFRAN. Dentre eles, identificamos o projeto que propõe a elaboração ou revitalização dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem.

Ao elaborar os Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem, em geral, a questão regional é contemplada quando é elaborado o Marco Referencial (Saupe et al., 1998). Nesta contextualização da região, além da identificação epidemiológica, é necessário o estudo sobre a preservação da vida, através do meio ambiente, estudo do ser humano, habitante local, rural e urbano, sua caracterização através da visão de mundo, crenças e valores, entre tantos fatores que precisam ser conhecidos para trabalhar na formação do enfermeiro que as pessoas precisam, a fim de que o cuidado seja contextualizado e propicie uma vida mais integrada, considerando a complexidade e multidimensionalidade das características humanas.

A tese defendida neste trabalho, de que **para se desenvolver o cuidado que as pessoas precisam na comunidade rural, deve haver uma complementaridade entre o saber profissional e o saber popular, todavia, o cuidado desenvolvido pelas enfermeiras é congruente com a formação genérica, não favorecendo um cuidado cultural**, foi debatida ao longo dos capítulos, mais especificamente naquele em que são apresentados os resultados da pesquisa. A sua confirmação se dá nos depoimentos das enfermeiras, quando referem uma formação desarticulada entre os conteúdos teóricos e práticos, entre as disciplinas e que não favorecem um aprendizado para trabalhar com as especificidades culturais.

O primeiro objetivo, **identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras que trabalham com a população dos municípios da 4ª Colônia de Imigração Italiana do Rio Grande do Sul (RS)**, foi alcançado na descrição das práticas de cuidados no capítulo que trata dos resultados do estudo, em seu conjunto e, mais especificamente, através da classificação nas categorias cuidando do ser humano, cuidando do cuidado, cuidando do trabalho, cuidando da equipe e cuidando de si.

No segundo objetivo, **identificar o preparo recebido pelas enfermeiras, para o cuidado da população rural**, constatou-se, através dos depoimentos das enfermeiras, que o preparo formal recebido na graduação oportunizou um aprendizado genérico para trabalhar com as pessoas, mas não foi contextualizado o modo de vida destas populações. O preparo informal, realizado através da educação continuada, em algumas situações, trouxe uma maior contextualização do ser humano rural, quando trabalha a capacitação para a coordenação do PACS. Estes dados também foram descritos no capítulo anterior.

Quando chego ao final deste trabalho, sinto necessidade de destacar algumas sugestões para os **Cursos de Enfermagem**, em especial àqueles cuja abrangência contemplem populações rurais. Esta é uma proposta preliminar, pois decorrente de um estudo que não tinha este objetivo. Não se trata, pois, de uma proposta acabada, exaustiva, mas um ensaio inicial. São idéias que emergiram no ir e vir dos dados coletados, na leitura/releitura das falas e do diário de campo, da categorização e análise dos dados, enfim, de todas as fases desta pesquisa. Trata-se, então de um chamar atenção ao que foi encontrado. Não significa que seja necessário criar novas disciplinas na graduação, por exemplo, mas é o enfoque que precisa ser redimensionado. Não é tarefa de uma disciplina e de um professor, mas uma espécie de modo de ver e mostrar o mundo, algo a ser incorporado no falar, no fazer e no pesquisar da relação professor/aluno.

→ Em relação ao **preparo na graduação**, propiciar o estudo teórico/prático:

- ✓ do contexto rural, no que se refere às questões econômicas, sociais, ambientais, políticas e culturais que interferem no modo de vida das pessoas, em disciplinas da área ambiental; das ciências humanas, integradas às disciplinas profissionalizantes, através do resgate destes conteúdos para a vivência teórico-prática;
- ✓ das diferentes classes sociais do meio rural, tais como: os agricultores familiares, os assentados, os sem terra, os latifundiários, os granjeiros, entre outros e seu modo de vida;
- ✓ do ser humano rural, em suas múltiplas dimensões, considerando os diferentes tipos regionais. Por exemplo, no Rio Grande do Sul, o campeiro, o

peão, o agricultor familiar, entre outros, bem como os descendentes de imigrantes das diferentes etnias;

- ✓ saúde do trabalhador rural e das condições de trabalho;
- ✓ no sentido de conhecer e reconhecer o saber popular e buscar aproximação através de um cuidado profissional adequado;
- ✓ outros...

- Em relação ao apoio **institucional aos egressos dos cursos**, levantar as necessidades de educação continuada com os egressos que se encontram trabalhando na região de abrangência da Instituição de Ensino e propor encontros cursos, seminários, projetos articulados ou outros eventos que contemplem aquelas necessidades. Estas atividades podem ser no sentido da integração ensino, pesquisa e extensão, nas quais seriam elaborados projetos articulados, contemplando o desenvolvimento de um cuidado voltado à “manutenção da vida”, ampliando a comunicação com as pessoas/comunidades, tanto em nível individual como coletivo.
- Em relação ao apoio aos **órgãos governamentais empregadores** das enfermeiras que atuam no SUS, participar das promoções que visem a capacitação ou outras formas de educação continuada, levando a integração entre os profissionais do ensino e de assistência. Esta integração pode também fornecer subsídios para a realização de pesquisas integradas com as enfermeiras de ensino e assistência. Assim, o diálogo teoria/prática e ensino/pesquisa e extensão ficaria contemplado.

Enfim, lembrando os muitos autores e teóricos que auxiliaram na fundamentação e esclarecimento deste estudo, em especial, Madeleine Leininger, que diz ser o cuidado universal, pois necessário à todas as pessoas, especialmente no que se refere à manutenção de suas vidas, dos seres vivos em geral e do planeta, mas também diverso, pois as pessoas são únicas, multidimensionais, considerando-se as dimensões biológica, social, cultural, espiritual. Este cuidado precisa ser resignificado na teoria, na aplicação prática e no ensino, a fim de que possamos atingir a complexidade e pluralidade das características humanas.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOVAY, Ricardo. **A agropecuária brasileira em 1996: aspectos referentes ao uso de mão-de-obra - exploração preliminar dos resultados censitários de 1996.** [on line] Disponível na Internet via <http://www.brasil.terravista.pt/AreiasBranças/1808/> [199-].
- _____. **Entrevista sobre agricultura familiar. Entrevista concedida a ASSESOAR.** [on line] Disponível na Internet via <http://www.brasil.terravista.pt/AreiasBranças/1808/> [2000].
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de & ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática**, S.P., Cortez, 1986.
- ALONSO, Ilca L. Keller, A interação humana. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 204-210.
- ASSESOAR Associação de Estudos, Orientação e Assistência Rural de Frederico Beltrão, Paraná. [on line] Disponível na Internet via <http://www.brasil.terravista.pt/AreiasBranças/1808/>.
- BACKES, Vânia Marli. **As políticas oficiais de saúde e o ensino de enfermagem.** Santa Maria: UFSM, 1992. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, 1992.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1994.
- BECK, Carmem Lucia Colomé, DENARDIN BUDÓ, Maria de Lourdes, GONZALES, Rosa Maria Bracini. **O cuidado na percepção dos calouros do curso de enfermagem.** 1998. Texto mimeografado.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.
- BRICEÑO-LEÓN, Roberto. **Siete Tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

- CAMARANO, Ana Amélia, ABRAMOVAY, Ricardo. Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos cinquenta anos. In: XXI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - ANPOCS (1997: Caxambu, MG). **Anais...** Caxambu: ANPOCS, 1997.
- CARPER, Barbara A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in nursing science**. Aspen Systems Corporation. 0161-92-68:13-23, 1978.
- CARTANA, Maria do Horto Fontoura. **Rede e suporte social de famílias**. Florianópolis:UFSC, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CARVALHO, Vilma de. A enfermagem de saúde pública como prática social: um ponto de vista sobre a formação da enfermeira em nível de graduação. **Rev. de Enfermagem da Escola Anna Nery**. ano 1, n. de lançamento, jul. 1997.
- CHINN, P. L. & KRAMER, M. J. Nursing's patterns of knowing. In: CHINN, P. L. & KRAMER, M. J. **Theory and nursing: a systematic approach**. Missouri: Mosby, 1995. p. 1-18.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - Invisible care and invisible woman as health care-providers. **Internacional Journal of Nursing Studies**. Great Britain, v. 23, n. 2, p. 95-112, 1986.
- _____. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CUNHA, Kátia de Carvalho. **O contexto e o processo motivacional vivenciado por enfermeiras**. São Paulo, 1994, Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1994.
- DENARDIN BUDÓ, Maria de Lourdes. **Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos**. Santa Maria, 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, 1994.
- DENARDIN, Maria de Lourdes. Cuidando e sendo cuidado - um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, Rosa Maria Bracini, DENARDIN, Maria de Lourdes, BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.
- DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. **Os italianos do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Vozes, 1982.
- ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village**. San Francisco: University of California, 1984. Tese (Doutorado em Enfermagem) - University of California, 1984.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. III Conferência Regional de Saúde. **Relatório de gestão - 4ª CRS**, 1999 à agosto de 2000, Santa Maria, 2000.

_____. **Programa de agentes comunitários de saúde**. Normas e diretrizes. Porto Alegre, 1997.

FALK, João Werner et al. Suicídio e uso de agrotóxicos: conseqüência do uso de agrotóxicos organofosforados? Relatório resumido da pesquisa. In: COMISSÃO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Relatório azul**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1995.

GIRON, Loraine Slomp. A imigração italiana no RS: fatores determinantes. In: DACANAL, José Hildebrando (org.) **RS: Imigração & Colonização**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980. p. 47-66.

GLOCK, Clarinha. O flagelo da depressão no meio rural. [on line] Disponível na Internet via <http://www.valedafruta.com.br/relatos.htm>.

GONZALES, Rosa Maria Bracini. **A autopercepção**: um trajeto vivenciado por enfermeiras. In: GONZALES, Rosa Maria Bracini, DENARDIN, Maria de Lourdes, BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HECK, Rita. **A compreensão sociocultural dos suicídios em um grupo de colonos**. Proposta de exame de qualificação de doutorado em Filosofia de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

HOBSBAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ISAIA, Antônio. Os sonhos de emancipação e suas frustrações na história de Silveira Martins (II). In: SANTIN, Silvino; ISAIA, Antônio. **Silveira Martins - patrimônio histórico-cultural**. Porto Alegre: Edições EST., 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população-1996 Rio Grande do Sul**. [on line] Disponível na Internet via [http://www.ibge.org/informacoes/censo96/\[199-\]](http://www.ibge.org/informacoes/censo96/[199-]).

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the context of culture**. London. University of Californm, Press LTDA, 1980.

- LAMARCHE, Hugues (coord.). **A agricultura familiar: comparação internacional**. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.
- LEININGER, Madeleine. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- _____. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices**. New York: McGraw-Hill, 1995.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Ciência e arte: um diálogo possível**. In: **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p.11-17, Jan./Jun. 1996.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuição à organização do processo de trabalho na enfermagem**. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.50, n.1, p.77-92, jan./mar.1997.
- MARIN, Joel Orlando. **Conformismo e resistência dos camponeses à extensão rural**. Santa Maria: UFSM, 1991. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural). Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, 1991.
- MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
- MELO, Cristina. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MISHIMA, Silvana Martins et al. **O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial**. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.24, n.54, p. 66-74, jan./abr. 2000.
- MONTICELLI, Marisa. **A antropologia e a liminaridade do nascimento: importância para a enfermagem**. Florianópolis, 1992. 18 p. (texto mimeografado).
- _____. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis: Robe, 1997.
- MUNHALL, Patrícia L. **Epistemology in nursing**. In: MUNHALL, P.L. & BOYD, C. O. (eds) **Nursing research: a qualitative perspective**. New York: National League for Nursing Press., 1993.
- NEVES, Eloita. **A construção do saber em enfermagem face a evolução da filosofia das ciências: análise, crítica e alternativas**. In: IV Encontro Nacional de Enfermagem Fundamental. Painel: "A construção do saber da enfermagem como instrumento de trabalho do enfermeiro e a enfermagem fundamental", (Salvador: 1987). **Anais...** Salvador, 1987

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Uma proposta pedagógica emancipatória para o curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-RS.** Santa Maria: UFSM, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, 1993.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática de cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis: UFSC, 1990, 282p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

_____. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico.** Pelotas: Ed. Universitária/UFPel, 1996.

PIOVESAN, Rosemar de Fátima Vestena. **Educação e imigração: a história da escola entre os imigrantes italianos, Nova Palma, RS.** Santa Maria: UFSM, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação Brasileira). Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, 1993.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930.** São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **A estrutura objetiva do trabalho em saúde.** In: LEOPARDI, Maria Tereza (org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papalivros, 1999.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTELLA, Marilene Rodrigues. **Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo - RS.** Florianópolis: UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DONA FRANCISCA. **Plano municipal de saúde.** Dona Francisca, 1998.

_____. **Regimento do serviço de enfermagem do Posto Municipal de Saúde de Dona Francisca.** Dona Francisca, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAXINAL DO SOTURNO. **Plano de saúde do município de Faxinal do Soturno.** Faxinal do Soturno, 1998.

_____. **Regimento do serviço de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Faxinal do Soturno.** Faxinal do Soturno, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IVORÁ. **Plano municipal de saúde.** Ivorá, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA PALMA. **Plano municipal de saúde**. Nova Palma, 1998.

_____. **Regimento do serviço de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Nova Palma**. Nova Palma, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO POLÊSIME. **Plano de saúde do município de São João do Polêsime**. São João do Polêsime, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVEIRA MARTINS. **Roteiro para plano municipal de saúde**. Silveira Martins, 1997.

ROSSATO, Ricardo. **Século XX: urbanização e cidadania**. Santa Maria: Palloti, 1996.

_____. **Entrevista concedida**. Santa Maria, 1998.

SANTIN, Silvino. **A imigração esquecida**. Porto Alegre: Edições EST, 1986.

_____. Silveira Martins e o patrimônio histórico-cultural. In: SANTIN, Silvino; ISAIA, Antônio. **Silveira Martins - patrimônio histórico-cultural**. Porto Alegre: Edições EST., 1990.

SANTOS, Geralda Fortina dos. **Representação social do Processo saúde/doença na comunidade rural de Airões: Zona da Mata de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural. Universidade Federal de Viçosa, 1992.

SAUPE, Rosita. **Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos**. In: SAUPE, Rosita (org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1998. p. 28-73.

SAUPE, Rosita, BRITO, Valdet Herdt, GIORGI, Maria Denise Mesadri. **Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem**. In: SAUPE, Rosita (org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1998. p. 245-272.

SAUPE, Rosita et al. **Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades**. Florianópolis, UFSC, 1999., 69 p. [on line] Disponível na Internet via: www.ccs.ufsc.br/enfermagem/educacao,1999-a.

_____. **Educadores-educandos construindo o projeto político-pedagógico de um curso centrado no cuidado cultural**. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.1, p. 441-451 jan./abr. 1999-b.

SCHUCH, Heitor José. **A Importância da opção pela agricultura familiar**. FETAG/RS. [on line] Disponível na Internet via: <http://www.brasil.terraviva.pt/AreiasBranças/1808/>, 2000.

SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente.** Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

SPRADLEY, James P. **Participant observation.** New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica.** 2.ed. Cali: Organizacion Panamericana de la Salud, 1982. 282 p.

UNICOVSKY, Margarita Ana Rubin, LAUTERT, Liana. A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. In: SAUPE, Rosita (org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1998. p. 219-242.

VAITSMAN, Jeni. **Saúde Cultura e Necessidades.** In: Fleury, Sônia (org.), **Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social,** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

VEIGA, José Eli da. **Uma estratégia de desenvolvimento rural para o Brasil.** In: XXI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - ANPOCS (1997: Caxambu, MG). **Anais...** Caxambu: ANPOCS, 1997.

WALDOW, Vera Regina. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, Dagmar, WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta Júlia Marques. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artmed, 1998-a. p. 53-85.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra/Luzzatto, 1998-b.

_____. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem.** Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul./dez 1998-c.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. O lugar dos rurais: o meio rural no Brasil moderno. In: XXI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - ANPOCS (1997: Caxambu, MG). **Anais...** Caxambu: ANPOCS, 1997.

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para realização de entrevistas e observações do trabalho da enfermeira.

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a doutoranda Maria de Lourdes Denardin Budó a realizar o seu projeto de tese neste município. Para isto a enfermeira local se dispõe a participar da mesma, autorizando a observação de suas atividades e a realização de entrevistas. Estamos cientes, ainda, que os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos, visando a obtenção de grau de doutor da pesquisadora junto à Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo que os dados serão sigilosos e mantido o anonimato dos participantes.

Município, data.

Secretário de saúde

Enfermeira(s)

ANEXO II - Roteiro para análise documental.

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

EM RELAÇÃO AO MUNICÍPIO

- 1 Caracterização do município**
 - 1.1 Identificação**
 - 1.2 Localização**
 - 1.3 Histórico**
- 2 Relação urbano/rural**
- 3 Sistema de saúde local**
- 4 Problemas de saúde da população**
- 5 Atribuições da enfermeira**

EM RELAÇÃO AO PREPARO DA ENFERMEIRA

- 1 Atividades de educação continuada realizadas pela Delegacia Regional de Saúde:**
 - 1.1 Cursos**
 - 1.2 Palestras**
 - 1.3 Educação continuada em programas oficiais de saúde**
 - 1.4 Outros**
- 2 Atividades de educação continuada realizadas no município**
- 3 Atividades de educação continuada realizadas por outros órgãos**

ANEXO III - Diário de campo.

DIÁRIO DE CAMPO**LOCAL:** _____**DATA:** _____**HORA:** _____

Data/Hora	Descrição das atividades	Classificação das atividades*	Reflexões

* A classificação das atividades realizadas pela enfermeira será feita de acordo com as categorias pré-estabelecidas na metodologia do trabalho.

ANEXO IV - Entrevista(s) com a enfermeira.

ENTREVISTA(S) COM A ENFERMEIRA**Dados de identificação:**

ENF: _____

Município: _____ Local de trabalho: _____

Nome: _____ Idade: _____

Graduação: Local _____ Ano: _____

Pós-graduação: Curso e ano de conclusão _____

Tempo de serviço no local: _____

Questões:

1. Qual a percepção do teu trabalho nesta localidade em relação as tuas expectativas como enfermeira?
2. Que fatores causam mais prazer neste trabalho, que permitem uma maior realização como enfermeira?
3. Que fatores causam mais desgaste ou sofrimento neste trabalho?
4. Qual o preparo necessário para trabalhar com esta população?
5. Na tua graduação em enfermagem, houve algum preparo para este tipo de trabalho?
Especifica.
6. Qual o teu entendimento sobre cuidar e cuidado?
7. Em que situações tu consideras estar realizando um cuidado? E o não cuidado?
8. Qual o papel do paciente ao ser cuidado?
9. Qual o papel do enfermeiro como cuidador?
10. Quais os programas que participas? Existe algum preparo para participares destes programas? Qual?
11. Quais são as tuas atribuições como enfermeira?
12. O que tu fazes e que achas não ser atribuição da enfermeira?
13. Qual o cuidado que tens para contigo mesma?
14. O fato de seres (ou não seres) desta região, facilita (dificulta) o teu trabalho com as pessoas?

ANEXO V - Relação das ações das enfermeiras observadas no período de coleta de dados.

RELAÇÃO DOS CUIDADOS DESENVOLVIDOS PELAS ENFERMEIRAS

CATEGORIZAÇÃO DO CUIDADO

1 - Cuidando do Ser Humano

1.1 - Cuidados em relação ao planejamento familiar

- Orienta mulher com 30 anos que veio buscar preservativos;
- orienta mulher que pergunta sobre as laqueaduras e uso de anticoncepcional injetável;
- orienta mulher para voltar ao posto, visando revisar o tipo de anticoncepcional mais adequado;
- orienta sobre a necessidade de usar métodos anticoncepcionais associados, como o preservativo, quando muda o anticoncepcional oral.

1.2 - Cuidados com a gestante e com o bebê

- Faz consulta de enfermagem, pré-natal em gestante;
- mede altura uterina; faz exame dos membros superiores e inferiores;
- faz ausculta fetal;
- examina as mamas e orienta cuidados de preparo para amamentação, como fazer massagens no mamilo;
- orienta gestante sobre a importância da amamentação para o bebê;
- orienta alimentação da gestante e outros cuidados para auxiliar nas eliminações intestinais;

- completa o cartão de gestante e mostra para a gestante como ficou a curva. O aumento do peso foi normal, mas no limite mínimo, por isso deve alimentar-se mais, para não ficar com baixo peso;
- orienta sobre cuidados com os dentes;
- encaminha gestante ao dentista;
- convida gestante para participar das reuniões do grupo específico;
- faz visita domiciliar para gestante com baixo peso;
- visita e conversa com mulher de 25 anos, grávida – 5 meses, com baixo peso e filha com 1 ano também com baixo peso e situação sócio-econômica muito precária;
- visita e orienta grávida com oito meses de gestação para tomar sol e ter cuidados com a mama;
- coordena reunião de gestantes;
- verifica a PA, entrevista as gestantes, questionando sobre seu estado atual;
- orienta cada gestante sobre a sua situação;
- estimula o grupo de gestantes a participar das orientações que valem para todas;
- orienta gestantes sobre o uso de roupa adequada, leve e tomar bastante líquidos;
- orienta gestante com diarreia a aumentar o uso de líquidos;
- orienta sobre o funcionamento do intestino na gravidez e estimula o consumo de verduras, legumes, fibras e a ter uma horta, para que o acesso a este tipo de alimento, seja mais fácil;
- orienta que o leite é um complemento alimentar para a criança maior e o adulto e que é necessário variar os alimentos;
- estimula a conversa entre as gestantes do grupo, para a troca de idéias, porque uma pode ajudar a outra;
- explica sobre o atendimento individual e do grupo, uma vez por mês;
- estimula os cuidados caseiros como importantes para o bem estar da gestante;
- orienta sobre a fisiologia da gestação e a circulação sanguínea mais ativada para proporcionar a oxigenação do nenê e a alimentação;

- encaminha gestante para avaliação médica;
- orienta sobre os cuidados com o bebê durante o seu primeiro ano de vida (tema da reunião mensal de gestantes);
- refere que os cuidados com as crianças são simples, que aquelas que já são mães já sabem, mas nunca é demais aprender alguma coisa diferente e, para as que ainda não têm filhos, é estímulo para os cuidados e que é só praticando com o filho que se aprende mesmo;
- orienta sobre o banho diário do bebê, que faz parte da higiene, é saúde, deixa a criança limpa, facilitando o sono, ficando mais calmo, mais tranquilo; embora com neve ou geada, o banho é fundamental, só que tem que escolher um horário adequado; se é muito frio, escolher o meio dia, num quarto em que bata o sol, com a janela fechada, o sol entrando pela janela, pelo vidro;
- orienta como organizar-se para o banho ser mais tranquilo para o bebê;
- orienta sobre a ordem do banho, cuidados com a cabeça, membros e o coto umbilical;
- orienta sobre cuidados com a água para o banho de imersão: deve ser de boa qualidade; se for de vertente ou água de poço deve ser bem fervida e a banheira escaldada antes do uso;
- orienta cuidado também para lavar bem as dobrinhas e entre os dedos, com uma fraldinha; secar bem e evitar o uso de cremes sem orientação médica; não usar alvejante e sabão em pó nas fraldas, tudo isso irrita, provocando assaduras; se não cuidar da assadura, pode fazer ferida; usar sabão neutro; não precisa usar amaciante;
- orienta mãe de criança de dois anos com dificuldade de caminhar, deve trazer criança para avaliação;
- coordena, junto com fisioterapeuta, grupo de gestantes;
- faz palestra para gestantes;
- orienta sobre cuidados no início da gravidez, importância do pré-natal durante todo o período;
- orienta os exames de rotina no pré-natal;
- orienta sobre a conduta do médico, na primeira consulta, solicita exames de rotina: ecografia, hemograma, comum de urina, urocultura, glicemia, VHDL...;

- explica o que é a ultrassonografia;
- orienta a periodicidade das consultas de pré-natal, que devem ser: uma mensal, até 28 semanas; quinzenais, de 28 a 36 semanas; semanais de 36 semanas até o dia do trabalho de parto;
- orienta sobre o que é considerado feto maduro: a partir de 37 semanas, pode ir até 40 semanas;
- explica como se faz o cálculo da data provável do parto, que é a partir do primeiro dia da última menstruação de vocês, são 40 semanas, ou, senão, 270 dias, também a partir do primeiro dia da última menstruação;
- esclarece sobre o que é altura uterina e a circunferência abdominal, para acompanhar o crescimento do feto;
- orienta sobre a importância do acompanhamento do peso da gestante para prevenir desnutrição ou excesso de peso;
- orienta sobre o uso da carteira gestante, que cada uma recebe um número e é onde são anotadas todas as consultas para controle da evolução da gestação, se tem edemas, inchaços, as vacinas, os sinais vitais, o peso e altura e que vai avaliar a nutrição de vocês, se estão abaixo do peso, se estão dentro do peso, ou acima da curva;
- fala que as do grupo de gestantes serão avaliadas após a reunião e feita a curva de peso;
- fala da importância da mãe bem nutrida para o feto ser também bem nutrido, dentro do peso, se a mãe, às vezes, é desnutrida, com falta de vitaminas, também o feto pode se prejudicar;
- orienta sobre o uso do Sonar ou Doppler para ausculta dos batimentos cardíofetais, a partir de 12 semanas de gestação;
- orienta sobre a importância do hemograma para detecção de infecções, anemias e a possibilidade de tratamento precocemente;
- orienta sobre o exame para ver o fator Rh e o tratamento relacionado com a eritroblastose fetal;
- orienta sobre a glicemia, os valores normais e os cuidados relacionados;
- orienta sobre o VDRL, para detectar a sífilis, que se a mãe é sífilítica, a doença vai passar da mãe para o feto, através da placenta; então, tratando-se a mãe, vai se tratar o feto também;

- orienta sobre o exame para detectar a hepatite B e para proteção das crianças ao nascerem;
- orienta quanto as vacinas da gestante;
- fala sobre os procedimentos dentários, que nas cirurgias dentárias não é permitido anestesia nos três primeiros meses de gravidez e também no oitavo mês; que no restante dos meses não há contra indicação;
- explica o perigo da auto medicação que pode comprometer o desenvolvimento do feto, podendo causar malformação no bebê;
- fala que tanto o sulfato ferroso, como o complexo de vitaminas, se prescritos, são distribuídos no posto;
- orienta sobre as vacinas dos bebês nos primeiros meses e a importância de manter em dia a carteira da criança;
- orienta sobre cuidados para evitar o contágio por rubéola, especialmente nos três primeiros meses de gestação;
- coordena reunião com as gestantes;
- orienta sobre a carteira da gestante, a numeração única, como uma identidade, no caso de ir a outro município, levando consigo as informações; o significado de cada sigla, IG, BCF, MF; à medida que explica, pergunta se já conhecem, se já sentiram ou ouviram;
- explica sobre o que é toque, edema, a vacina antitetânica, sobre a alimentação da gestante, que deve ser variada, rica em verduras, frutas, leite, mas também tem que tomar sol, fazer caminhadas, descansar, não fazer exercícios muito forçados; a importância de fazer a prevenção das varizes, deitar com as pernas elevadas, colocando tijolos na cama para elevar e fazer drenagem postural, para evitar inchaço; uso de roupas confortáveis, sapatos e meias que não estrangulem ou impeçam a circulação; o normal de aumento de peso, em geral é de sete e meio a doze quilos, por isso, se trabalha com a orientação alimentar, diminuir os farináceos, como o arroz, a batatinha, a polenta;
- fala sobre o fumo, pois às vezes a gestante não é fumante, mas é passiva; que se diminui o aporte de oxigênio, para o nenê, pode nascer nenê com baixo peso, desnutrido, o que propicia infecções; é importante não ficar em ambientes fechados, quando tem alguém fumando; alerta sobre fumo na plantação, que os venenos podem

ficar nas roupas, que quando há lesão na pele a toxina penetra; quando é época de pendura de fumo, quando tem mais contato, dá muita intoxicação; o álcool também prejudica muito o nenê, pode dar problemas sérios, até morte súbita;

- fala dos desafios de ser mãe, que é doar-se, que a experiência durante a gravidez é única;
- fala que o leite materno é o mais adequado para a criança, porque permite o crescimento harmonioso da criança; tem os sais minerais adequados para o bebê, o leite de vaca precisava ser diluído...; a orientação do ministério da saúde é amamentação exclusiva; que ninguém pode se frustrar, se não consegue, mas é importante que vá se preparando para este ato de amor...; com o leite materno também se faz prevenção de hipovitaminose A; o peito deve ser dado até os seis meses e depois deve acrescentar outro tipo de alimento;
- pergunta se todas já têm o mamilo formado; explica a importância de fazer massagens e exercícios, passar a toalha de banho, o esfregão no bico do peito, para deixar a pele mais resistente, de expô-los 5 a 10 min ao sol, diariamente;
- elabora, com as gestantes, listagem das vantagens da amamentação para o bebê e para a mãe;
- marca a próxima reunião do grupo;
- entrega o material escrito, com orientações e pede para quem tiver dúvidas, ou alguma outra reportagem pode trazer na próxima reunião;
- orienta individualmente algumas gestantes; atualiza as carteiras; ajuda outra a calcular a data provável do parto.

1.3 - Cuidados com as crianças

- Conversa com os pais que estão sentados em banco no corredor, chama pelo nome e demonstra conhecer as famílias; pede para aguardarem enquanto prepara o material na sala de vacinas; conversa com alguns clientes no corredor;
- faz palestras para crianças e adolescentes nas escolas do município;
- pergunta pelo peso das crianças; orienta sobre alimentação e prevenção de complicações para o inverno;

- orienta sobre cuidados com criança com candidíase;
- orienta pais sobre o uso de roupa adequada à temperatura, em crianças;
- orienta mãe de criança com tosse, frio, sem febre, sobre cuidados em dar bastante líquidos, alimentar bem e verificar a temperatura;
- orienta sobre o uso do soro caseiro, água fervida e cuidados na desidratação, febre: banho e pouca roupa;
- coordena reunião de desnutridos;
- pesa e anota na ficha o peso e algumas informações que as mães davam sobre as crianças, como o aumento ou não do apetite, situação de saúde;
- entrega o material do programa: açúcar mascavo, multimistura e leite;
- apresenta o tema da reunião com as mães de desnutridos, utilizando um álbum seriado sobre a digestão e as verminoses; As mães ficam sentadas, com os filhos em semi círculo junto com uma das agentes de saúde;
- orienta sobre sintomas das verminoses: as crianças começam a ficar manhosas, choram, não querem nada, contraem a barriga e choram; queixam-se de dor de barriga; o funcionamento do intestino se altera muito;
- orienta sobre a importância de observar o funcionamento do intestino para reconhecer uma alteração do hábito intestinal, também é um sinal de alerta que elas têm que conversar com o médico;
- orienta como é o modo de transmissão das verminoses, o ciclo reprodutivo dos vermes e a forma de prevenir contaminação;
- orienta cuidados com a higiene, como lavar bem as mãos antes das refeições e após as evacuações;
- orienta cuidados com a água, que deve ser fervida, que não pode ser a água da sanga, sem tratamento;
- orienta cuidados com a lavagem das mãos, das verduras, das frutas;
- orienta a necessidade do banho diário; que é muito importante também lavar o bico, escaldar, uma vez ao dia, a mamadeira também;

- orienta sobre cuidados com o lixo, pois atrai moscas e outros animais;
- orienta mãe de criança com baixo peso e encaminha para as reuniões de desnutridos e receber a suplementação alimentar;
- recebe mãe de criança com 39 dias e que veio para fazer vacina contra hepatite;
- orienta mãe para dar mamada para criança que chora, enquanto preenche os formulários sobre a vacinação;
- examina fontanela da criança e encaminha mãe para médico;
- orienta mãe sobre cólicas e gases, fala que é normal, que é para a mãe dar somente leite materno, fazer massagens na barriga;
- reforça informação da mãe sobre a influência do chá de maracujá (quando ingerido pela mãe) sobre o leite materno e o sono do lactente;
- faz avaliação de criança (onze anos) com mordedura de cão, juntamente com a auxiliar de enfermagem; avalia com o pai as condições do cão; anota a descrição da lesão em formulário próprio;
- orienta o pai sobre o procedimento com o cão e a lesão da criança;
- orienta sobre a importância de manter o cão vivo, preso, para observar, uma vez que não é vacinado;
- orienta que o menino fará reforço da antitetânica; após fará o curativo na lesão;
- pesa criança e fala para a mãe que a criança (dois meses) ganhou peso;
- preenche o cartão da criança e explica as próximas vacinas; explica que a mãe deve olhar tudo que está a lápis, pois estas são as vacinas que faltam fazer, por isso, tem que ficar atenta;
- explica para a mãe as reações da vacina; pergunta sobre o aparecimento do sinal da BCG;
- lava as mãos, prepara e aplica a vacina na perna esquerda;
- avalia as condições do aleitamento materno, reforça orientação de ingestão de líquidos, para aumentar quantidade de leite;
- prescreve loção para tratar pediculose (é normatizado no município - SIC) e orienta cliente sobre como proceder: primeiro deve lavar a cabeça e após passar a loção que

deve ficar no cabelo por quarenta minutos; depois disso deve lavar novamente e repetir por 4 dias e que depois de uma semana tornar a fazer todo o procedimento;

- orienta cuidados com o ambiente e roupas para evitar re-infestação;
- entrega um par de luvas e a medicação para uma mulher visando o combate de pediculose, orientando o uso da medicação e cuidados para tratar e prevenir;
- coloca a criança na balança, pesa, orienta sobre alimentação, que deve ser de acordo com as orientações do HUSM, onde se trata desde o nascimento;
- explica o esquema de vacinas aos pais;
- orienta sobre cuidado em observar a marca da vacina BCG, para ver se foi eficiente sua aplicação;
- orienta sobre cuidados com criança com obstrução nasal, uso de práticas alternativas.

1.4 - Cuidados com adultos crônicos: hipertensão arterial

- Conversa com alguns clientes no corredor;
- verifica sinais vitais;
- orienta sobre causas e conseqüências da hipertensão arterial;
- orienta sobre cuidados com a hipertensão na alimentação, no uso de medicamentos, necessidade de atividade física, entre outros;
- orienta sobre a importância de fazer os exames preventivos;
- orienta a necessidade de uso ininterrupto de medicação anti-hipertensiva;
- orienta sobre controle de PA, entrega ficha de acompanhamento de hipertensos; explica o uso da medicação; convida para participar do grupo de hipertensos;
- orienta sobre cuidados gerais na hipertensão arterial sistêmica - HAS: alimentação, atividade física;
- fala da importância da caminhada e resgata palestra de um padre que abordou tema sobre saúde mental; na caminhada não se deve levar nem o terço, pois a cabeça deve

- ficar livre de qualquer coisa para descansar; não adianta sair para caminhar levando sacolas para ir no mercado ou na vizinha, deve sair para descansar, cuidar de si, pensando que está fazendo um cuidado para si;
- orienta sobre cuidados no inverno, o uso do agasalho, para que ocorra a vasodilatação no hipertenso, pois, às vezes, a pessoa não está com frio porque já está com a pressão alta;
 - orienta sobre o uso reduzido do sal na comida, usar mais tempero verde;
 - orienta sobre o uso de bebidas alcoólicas, seu prejuízo na HA e saúde mental;
 - orienta sobre a necessidade da pessoa se movimentar um pouquinho, caminhar, se exercitar e se cuidar;
 - orienta sobre os hábitos alimentares da região de descendentes de italianos: uso excessivo de polenta, carne gorda, queijo;
 - orienta sobre a importância de controlar as eliminações, para ver se o organismo está funcionando bem;
 - orienta sobre como a gordura em excesso, na alimentação, pode prejudicar, formando as placas de gordura, nos vasos sanguíneos, com o aumento do colesterol dando sérios prejuízos à saúde;
 - orienta que os cuidados de prevenção da HA iniciam na infância, através do ensino da alimentação adequada, uso das verduras e frutas;
 - orienta para cliente vir na consulta de enfermagem;
 - orienta sobre o uso da gordura animal e vegetal e a sua transformação em colesterol, no organismo, sendo que tanto a gordura animal como vegetal são prejudiciais, só que a animal vem direto;
 - orienta para associar o exercício físico, a caminhada para eliminar o excesso de gordura, diminuir de peso e ficar mais forte;
 - orienta a comer frutas e verduras para auxiliar no transporte de excesso de gorduras do organismo e aumento das eliminações;
 - fala sobre medo que as pessoas têm de ficar fracas com a diminuição de carboidratos e gorduras e aumento de verduras e frutas na alimentação;

- orienta que a hipertensão é problema familiar; todos da família devem se cuidar para evitar o seu aparecimento;
- conversa com mulher hipertensa sobre a importância de enxergar na verdura e na fruta o alimento bom e forte.

1.5 - Cuidados com adultos crônicos: diabete

- Faz visita domiciliar a mulher de 65 anos, diabética;
- orienta sobre como seria a internação para iniciar aplicação de insulina, explica que é somente para protegê-la de possíveis problemas, como baixar demais a glicose;
- orienta sobre a aplicação da insulina, o tamanho da agulha; explica as vantagens do uso da insulina, a garantia de saúde mais tempo, a prevenção de problemas de visão, feridas, necrose do membros inferiores;
- fala de casos conhecidos na cidade de pessoas que se tratam em relação à diabete, se cuidam e levam uma vida boa;
- orienta sobre o tempo de internação, possibilidade de ficar sem soro, poder caminhar... explica que os familiares serão orientados para aplicar até ela aprender e ter coragem, que depois vão ficar acompanhando;
- explica que tem a insulina de graça, mas tem também que cuidar da alimentação, orienta sobre os carboidratos e o uso do mel;
- orienta filho de diabética sobre cuidados para prevenir a doença através de cuidados;
- faz visita domiciliar para diabética com dificuldade de manutenção do tratamento;
- orienta sobre diabetes: sede, necessidade de hidratação, uso de medicação, de chás – encaminha para serviço de tratamentos alternativos, cuidados com a alimentação, com os pés e necessidade de atividade física;
- orienta para retorno sempre e quando estiver se sentindo pior;
- convida para as reuniões e cuidado especial em dias de festas para não comer doces;

- encaminha cliente para controle de glicose;
- faz teste de glicemia – hemoglicoteste;
- orienta cliente sobre o caráter hereditário do diabete e a necessidade de manter sempre o controle e demais cuidados, quando há casos na família;
- encaminha cliente ao hospital para fazer hemoglicoteste, pois não tem o material no posto; conversa orientando sobre os cuidados relacionados com a diabetes;
- orienta, por telefone, cuidados de cliente diabética.

1.6 - Cuidados com adultos crônicos: outras situações

- Prepara uma cliente para exame e acompanha o médico;
- orienta cliente sobre a medicação que vem buscar após a consulta médica;
- orienta mulher sobre mudança de hábitos, em relação da postura e dor na região lombar, pois não adianta só fazer o tratamento;
- encaminha para dermatologista, cliente com lesão na pele;
- visita mulher idosa paraplégica; dá apoio nos cuidados familiares;
- pesa e verifica os sinais vitais dos clientes, orientando sobre cuidados relativos às queixas dos mesmos;
- orienta cuidados com alimentação para cliente com distúrbio digestivo (dor em queimação e náuseas), necessidade de evitar gordura na alimentação, comer verduras, frutas, comer mais seguido e pouco, mastigando bem; que deve também evitar coisas fortes;
- orienta mulher com dor lombar a evitar trabalhar na horta, carregar pesos e outros trabalhos que possam prejudicar;
- faz curativo em lesão no pé, na região do calcâneo;
- auxilia o médico no curativo de ferida cuja lesão é profunda;
- faz curativo em cliente e pede orientação do médico sobre medicação a ser utilizada na lesão;

- faz curativo em cliente com pós operatório de gastrostomia, conversa com a cliente sobre o seu estado geral.

1.7 - Cuidados com as mulheres

- Orienta as mulheres sobre a necessidade de se alimentar também de derivados de leite e que, quando chega a menopausa, a nossa função hormonal altera bastante e pode ter problemas de osteoporose;
- alerta sobre a prevenção desde cedo para repor cálcio, para se alimentar direito e não querer se cuidar só no período da menopausa;
- fala sobre formas de cuidar para prevenir osteoporose: ingestão de cálcio na alimentação, fazer o exercício físico e alimentação para diminuir o peso, porque quanto menos peso tivermos, menos os ossos vão sofrer;
- fala que a osteoporose atinge também os homens e que a prevenção deve começar na infância;
- orienta sobre exercício físico, fazer caminhadas, sair, deitar e colocar os pés para cima, relaxar um pouco, ter um momento para si;
- fala do índice elevado de mulheres deprimidas na região e da importância da mulher pensar mais em si, cuidar-se;
- orienta sobre a importância dos exames preventivos, pede para as pessoas encaminharem para o posto aqueles que não têm feito exames;
- fala sobre o papel das mães desta região para fazer uma comida melhor, mais saudável, com bastante verduras para tirar o colesterol, através das fibras;
- orienta que toda medicação tem algum efeito colateral, não pode utilizar sem prescrição médica, especialmente os inibidores de apetite;
- orienta sobre cuidados para diminuir o peso: comer menos carboidratos e gorduras, fazer mais atividades físicas, mudando os hábitos;
- orienta sobre o preventivo de câncer ginecológico e auto-exame de mamas;

- faz coleta de material para exame preventivo de câncer ginecológico;
- explica como deve ser usado o cartão da mulher e diz que sempre deve trazê-lo nas consultas;
- preenche o cadastro da cliente;
- explica como funciona a amamentação, que o leite não acaba e que tem que amamentar, pois a criança fica mais inteligente, adocece menos;
- procura deixar a cliente à vontade para fazer o exame de coleta de material para preventivo de câncer ginecológico;
- demonstra com um desenho o auto-exame de mamas e explica como ela deve fazer em casa, todos os meses, após a menstruação. Inicialmente a inspeção em frente ao espelho. Pede para que ela deite e demonstra o restante do exame com a palpação. Explica a importância de fazer todos os meses e fala sobre a detecção precoce de qualquer sintoma de problemas;
- coloca a cliente na posição ginecológica, explicando como será feito o exame de coleta de material do colo uterino;
- põe as luvas e prepara o material para exame preventivo de câncer de colo de útero;
- mostra o espécúlo e diz que não vai doer;
- vai colocando e explicando a cada passo do exame.;
- conversa sobre as crianças, com a cliente, enquanto coleta;
- retira o espécúlo e pergunta se doeu;
- entrega o cartão e reforça as orientações;
- marca novo exame em 1 ano;
- descreve como está o colo do útero e quando deve retirar o resultado dos exames;
- orienta sobre a relação entre câncer de colo de útero e hereditariedade;
- orienta sobre a necessidade da cliente tentar se distrair para diminuir o nervosismo;
- orienta sobre a importância do auto-exame de mamas mensalmente;
- após avaliar queixa da mulher, encaminha para o médico;

- orienta sobre uso de métodos anticoncepcionais;
- orienta sobre o uso da camisinha para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
- reforça orientações e diz que vai mandar um livro sobre métodos anticoncepcionais pela agente;
- entrega o resultado de preventivo de câncer ginecológico para uma mulher e orienta sobre o resultado; deve retornar para novo exame em 1 ano;
- procura deixar a mulher bem à vontade para coleta de exame ginecológico;
- conversa durante o exame que o último resultado dela não chegou, pois foi feito durante a campanha e muitos não vieram e diz que está orientando as mulheres a fazer de novo;
- orienta sobre o que vê no colo do útero, não tem ferida; explica que, quando diz que não tem ferida, não quer dizer que não tem câncer; isso é só o exame que vai acusar; só pelo resultado do material que eu vou mandar; o colo do útero está com coloração normal;
- orienta o auto-exame de mamas mensal: cerca de seis dias depois da menstruação; de pé ou deitada, nunca sentada, porque a gente tem uma postura que dificulta e pode mascarar alguma coisa; de preferência de pé, no banheiro, antes de tu entrares para o banho, tira a blusa e ergue os braços e olha no espelho as tuas mamas; tu vais olhar o formato de uma, o formato de outra, olha a pele de uma, depois da outra; se tu notares alguma alteração na pele, tipo um repuxamento da pele e se tu notares, ‘opa! eu não tinha isso antes; eu não vi isso no mês passado, como é que neste mês apareceu?’ então tu vens e me procura, procura o médico, para descartar uma coisa pior; outra coisa, se aparecer alguma mancha roxa, vermelha no seio, se tu não bateu, não machucou, também vem para o médico para ver o que é; depois, no banheiro, se ensaboa, lá no chuveiro, quando tu estás bem ensaboada, com as pontas dos dedos, deslizando, assim, começando nas axilas, porque tem alguns nódulos relacionados com as mamas que começam aqui embaixo; aí tu vens até chegar no biquinho; tu vais investigando, vê se tem algo diferente; quando chega na ponta tu dá uma leve apertada; se sai sangue ou pus também tu tens que me procurar; no início tu vais estranhar; fazendo todos os meses, tu vais te conhecendo e quando aparece algum nódulo tu vais ver, ‘isto não estava aqui no mês passado’;

- orienta sobre o papel do exame preventivo e o que pode ser detectado no momento; a única coisa que posso dizer é aspecto, se está normal, a coloração, se tem ferida ou não, porque a ferida não é o câncer, ela pode ficar, evoluir para o câncer, se não tratar adequadamente;
- fala da importância da cliente ficar bem tranquila para fazer o exame, não se contrair, ficar bem relaxada; não pode ter vergonha, pois vergonha é não vir fazer o exame, não ter coragem de vir aqui;
- fala sobre as alterações no organismo devido à menopausa, se a pessoa sente aqueles calorões, pois se sente mal, tem que procurar um médico para ver se não tem que repor hormônio;
- orienta mulher com 46 anos sobre sintomas de menopausa;
- fala que as mulheres não nasceram para sofrer; têm que pensar na sua vida, levar uma vida sadia, porque ninguém está nesse mundo para sofrer;
- fala da importância de acostumar os filhos a ter cuidado com a saúde, educar com alimentação sadia, desde pequenos;
- conversa com as crianças e as mães que estão na sala de espera;
- conversa com cliente explicando como tomar a medicação.

1.8 - Cuidados com pessoas de terceira idade

- Orienta mulher idosa sobre o funcionamento do grupo de terceira idade;
- orienta preenchimento de ficha de idoso;
- aplica e orienta vacina de mulher com 69 anos; vem para receber a terceira dose da antitetânica;
- orienta idoso sobre necessidade de fazer vacina de pneumococo, pois está no grupo de risco;
- orienta sobre o cuidado com úlcera varicosa, à mulher idosa;
- verifica PA e orienta idosos que estão na reunião de terceira idade;

- faz triagem de pacientes e conversa com pessoas que chegam;
- conversa com uma senhora idosa, presidente do grupo de terceira idade; falam sobre uma reunião com palestra que haverá nesta semana;
- reforça atitude otimista de cliente que está em tratamento e se sente melhor;
- conversa com algumas pessoas na sala de espera.

1.9 - Cuidados em relação ao alcoolismo

- Orienta mulher de alcoolista sobre a importância dela ter uma atividade física, de dar-se um tempo para si, para descarregar a energia, relaxar o organismo, se dedicar uma meia hora, um tempinho para um exercício físico, ou seja, uma caminhada de forma bem relaxada, ou qualquer coisa que goste, dançar, se divertir, participar dos encontros da terceira idade;
- fala sobre a importância da pessoa se conscientizar, pensar em melhorar, ter vontade de mudar;
- conversa com alcoolista sobre a importância dele ter vontade em deixar de beber e de fumar, porque a bebida prejudica muito as pessoas, causando várias doenças, podendo levar à morte;
- orienta sobre os produtos que são colocados no fumo, nos agrotóxicos;
- sugere ao alcoolista a possibilidade de internação em unidade psiquiátrica no Hospital Universitário (HUSM), e que através da convivência, em que cada um coloca os seus problemas, pode conseguir resolver seu problema e se cuidar;
- orienta sobre prevenção de acidentes no caso de uso de bebidas alcoólicas e aparelhos elétricos, como a cortadeira de gramas;
- orienta mulher sobre problema de alcoolismo do marido, encaminha para psicóloga;
- conversa com coordenador do grupo de alcoólicos anônimos no município.

1.10 - Cuidados em relação ao uso de agrotóxicos

- Fala sobre o que é alimentação sadia: o leite, as coisas que são naturais, produtos sem agrotóxico, limpos;
- orienta sobre prevenção de intoxicação por agrotóxicos, uso de tudo que for necessário, luva, máscara, para que o veneno não atinja o organismo; explica que os rins conseguem eliminar uma parte do veneno absorvida, mas uma parcela grande fica e repetidas vezes que passam vai acumulando no organismo.

2 - Cuidando do Cuidado

2.1 - Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de enfermagem

- Coordenação de todas as atividades de saúde do posto;
- supervisão ou organização do material para o funcionamento dos diversos serviços do posto;
- supervisão do trabalho das auxiliares de enfermagem;
- delegação de atividades para a auxiliar de enfermagem enquanto está ausente;
- organização e manutenção da sala de vacinas, com a supervisão e controle das vacinas e temperatura do refrigerador;
- controle do estoque de medicação e material de consumo do posto e preenchimento dos relatórios;
- prevenção e controle de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- programação de cuidados relativos à programas de referência e contra-referência do paciente, como encaminhamento de clientes para consultas nos diferentes níveis de atenção à saúde;

- seleção das pessoas que farão parte dos programas, de acordo com critérios pré-estabelecidos nos referidos programas;
- formação, organização e atendimento de grupos específicos de prevenção de doenças;
- seleção das crianças em situação crítica em relação ao crescimento e desenvolvimento para tratar com suplemento alimentar, leite em pó, açúcar mascavo e multifibras;
- organização de fichários para controle dos clientes, nos diferentes programas e que servem para orientação do trabalho da enfermeira naquele programa;
- organização de material e programação de visita domiciliária;
- preparo de material sobre saúde para divulgação na rádio local;
- preparo de formulários para trabalhar com grupos de clientes crônicos;
- organização de livro de registros do posto, com dados referentes: ao nascimento das crianças do município; ao controle e orientações de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes; à saúde da mulher, preventivo de câncer de colo uterino; à puericultura; a idosos com mais de 65 anos que receberam a vacina contra gripe e tétano; ao programa de controle e avaliação, onde semestralmente é feito o levantamento das doenças que são diagnosticadas no posto de saúde – medicina interna e clínica geral. Esses dados são a base para o planejamento das ações dos agentes de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- elaboração de proposta para organização de uma sala do serviço de enfermagem, fazendo adaptações nas salas do posto de saúde;
- assessoria a conselheiras tutelares no desempenho de suas funções, em relação a assuntos relacionados com a saúde das crianças;
- preenchimento de dados da vigilância epidemiológica nos casos de doenças de notificação compulsória;
- preenchimento de boletins para enviar para a 4ª coordenadoria de saúde;
- registro dos programas para elaborar boletim mensal;
- registro das atividades planejadas e desenvolvidas pela enfermeira, com os agentes comunitários de saúde;

- atualização, com os agentes comunitários de saúde, dos cadastros das famílias de abrangência com um mapa de sua área, onde são localizadas as residências com agravos, chamadas de micro-áreas de risco;
- elaboração de relatório mensal das atividades dos agentes comunitários de saúde para a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para comprovar a sua atividade, as agentes preenchem uma ficha, que é assinada pela pessoa visitada;
- preenchimento dos boletins da secretaria de saúde do estado relativas ao mês, com dados dos pacientes dos diferentes programas da secretaria estadual de saúde atendidos no posto: IRA, desnutrição, vacinas, boletim de vigilância e controle da AIDS, entre outros;
- organização de material, seringas e medicamentos;
- preparo de material para coleta de exames preventivo de câncer ginecológico;
- preparo, na sala de tuberculose, de lâmina de escarro;
- preenchimento de ficha de notificação de mordedura por cão ou gato;
- preenchimento de formulário sobre hanseníase;
- constatação de alta incidência de partos cesáreos no município: 18 cesáreos e 13 normais, de julho de 98 à março de 99 – 58% dos partos são cesáreos e conversa com os médicos para tratar do assunto;
- controle do fichário de vacinas para chamada de faltosos;
- organização de material para relatório;
- agendamento do preventivo de câncer ginecológico;
- intermediação de conflitos entre as pessoas da comunidade e agentes de saúde.

2.2 - Elaboração, execução, avaliação de programas de saúde e programação em educação em saúde

- Programação de atividades, tentando englobar os programas que a Quarta Coordenadoria Regional de Saúde propõe;

- participação, como membro, de vários conselhos que estão em funcionamento no município: conselho de saúde, da criança e adolescente, do bem estar e outros;
- participação de reuniões de planejamento de atividades com grupos, cursos, palestras, com diversos setores do município;
- elaboração, com a assistente social, do projeto do Bem Estar Social do município, para ser levado ao Conselho Municipal de Assistência Social a fim de ser discutido e aprovado;
- auxílio à assistente social na elaboração dos relatórios e projetos, pois disso depende o aporte de verbas dos governos estadual e federal para as atividades do município, nesta área;
- planejamento e execução de atividades com a secretária de educação, desenvolvendo atividades integradas entre saúde e educação;
- programação, com a secretária de saúde, da semana do município;
- elaboração de projetos para desenvolver atividades com os clientes e agentes de saúde;
- reunião com a secretária de saúde para tratar de uma palestra sobre o idoso, na semana do município;
- reunião com a diretoria do grupo de 3ª idade e secretária de saúde para programar atividades do ano;
- elaboração de projetos para desenvolver atividades com os clientes e agentes de saúde;
- auxílio à coordenadora do bem estar social para seleção de funcionários e idosos que deverão participar de Seminário sobre Terceira Idade, em nível estadual;
- elaboração, com a fisioterapeuta, de um programa de gestante;
- organização de questionário para ser preenchido por adolescentes de 10 a 19 anos, cujo objetivo é fazer um levantamento do conhecimento das adolescentes sobre o próprio corpo, o uso de anticoncepcionais, a gravidez, visando programa de educação sexual;
- elaboração de programa que pretende prevenir a gravidez na adolescência, devido ao grande número de adolescentes grávidas no município;
- elaboração de projeto para levar as informações e orientações para adolescentes, direcionadas para o que elas precisam;

- planejamento e execução de pesquisa visando detectar problemas relacionados com índice elevado de suicídio na região;
- participação semanal em reunião com a psicóloga para planejar trabalho com clientes na área de saúde mental;
- planejamento, junto com a psicóloga, de atividades de prevenção e tratamento da depressão;
- planejamento, com as agentes, de trabalho a ser realizado nas comunidades em relação aos piolhos, onde as mães são orientadas nos cuidados para o tratamento e prevenção;
- organização de reunião com os agentes de saúde, preparo da sala, verificação do funcionamento do vídeo cassete, onde será passada uma fita ilustrativa sobre o assunto e que faz parte do material de preparo dos ACS;
- programação com a agente de saúde do mutirão com as pessoas de uma comunidade carente para organizar as reuniões e preparar a sala para atendimento em saúde na comunidade;
- preparo de material para educação em saúde: organização de material para trabalhar com prevenção de doenças na semana do município; preparo de murais com temas sobre saúde para expor na praça;
- organização de fotos mostrando as atividades realizadas em educação em saúde: formação dos agentes de saúde, sua seleção, reuniões dos grupos de 3ª idade, hipertensos, diabéticos, pesagem de crianças nas comunidades, etc;
- preparo de material didático para as aulas, cursos, palestras, encontros e reuniões que serão realizadas pela enfermeira: elaboração de cartaz para capacitação de agentes comunitários de saúde; preparo de material para fazer cartaz sobre digestão para a reunião com os desnutridos; organização de material para a reunião com as gestantes;
- preparo de formulários para trabalhar com grupos de crônicos;
- divulgação na rádio local da programação de reuniões nas diferentes comunidades e outras atividades de saúde da prefeitura;
- participação no programa da prefeitura, na rádio local sobre projeto de Agentes Comunitários de Saúde, visando bom acolhimento da população e orientações em saúde.

3 - Cuidando do trabalho

- Assume as atividades da secretaria de saúde na ausência da titular;
- toma conhecimento da situação da secretaria de saúde e passa orientações para funcionária burocrática;
- faz contatos telefônicos para constituir uma comissão sanitária do município, tendo em vista o risco de epidemia de cólera, já iniciada no Paraná;
- solicita à funcionária entrar em contato com os diferentes órgãos que farão parte, para marcar reunião;
- constitui comissão sanitária municipal;
- estuda documento sobre registros de nascimentos e óbitos, que deverão ser modificados;
- faz contatos telefônicos para marcar consultas ou exames em outros municípios, através do CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde, para clientes encaminhados;
- recebe correspondência que veio para a secretária sobre a constituição da comissão municipal de farmácia, que deverá ter adesão do município até o dia 5 de maio;
- faz contatos telefônicos para outros municípios – secretárias de saúde e para a 4ª Coordenadoria de saúde, para informar-se sobre o procedimento no assunto referente à comissão municipal de farmácia;
- coordena reunião para reativar a “comissão municipal de cólera”, em função de um alerta epidemiológico;
- faz mais alguns contatos relacionados com o trabalho da secretaria de saúde;
- orienta funcionária sobre o encaminhamento de algumas questões ligadas à constituição da farmácia do município;
- faz pedido de material junto com a funcionária da secretaria;
- telefona para fazer alguns pedidos de material e explica a qualidade dos produtos;
- faz lista de exames complementares mais comuns, para rever convênio do CIS;
- organiza material de pedidos de exames e de medicamentos;

- faz contatos com outras prefeituras para saber mais sobre o novo laboratório, que é de um município vizinho;
- explica para clientes como é o procedimento para poder ganhar toda a medicação da farmácia da prefeitura;
- organiza material na secretaria de saúde;
- faz alguns contatos telefônicos sobre pedido de medicamentos;
- lê correspondências da 4ª Coordenadoria de Saúde e seleciona as que deverão ser respondidas e encaminhadas para outros setores;
- marca audiência com o prefeito para falar sobre normativa que exige que a farmácia da prefeitura tenha um farmacêutico contratado para distribuir medicamentos;
- reúne-se com o prefeito para decidir sobre a necessidade de contratar farmacêutico para manter o funcionamento da farmácia municipal;
- substitui a funcionária no atendimento no balcão, complementa alguns dados e atende o telefone;
- responde alguns documentos que estão sobre sua mesa;
- providencia transporte para clientes que solicitam ajuda para fazer exames ou consultas em Santa Maria;
- orienta cliente sobre marcação de exame pelo Instituto de Previdência do Estado - RS em Santa Maria.

4 - Cuidando da equipe

- Organiza, com a auxiliar de enfermagem, atividade de triagem dos clientes para consulta médica;
- combina, com dentista, representante dos profissionais de saúde no Conselho Municipal de Saúde e secretário do conselho, um substituto entre os profissionais de saúde, para o seu cargo;

- orienta uma das auxiliares de enfermagem de como deve fazer o levantamento de alguns dados, o preenchimento dos boletins e o controle do número de preservativos distribuídos para os clientes no posto;
- orienta as auxiliares de enfermagem sobre o procedimento de distribuição de hemogluco teste a clientes que necessitam de controle;
- escala uma das auxiliares de enfermagem para ir a Porto Alegre fazer um “treinamento para coletadores”, para exames laboratoriais, durante 5 dias;
- programa atividades para o posto, com a auxiliar de enfermagem;
- orienta as auxiliares de enfermagem sobre a finalização de um relatório para a coordenadoria de saúde;
- chama a funcionária responsável e pergunta se a sala está organizada para a reunião;
- conversa com o médico sobre os dados recebidos da 4ª coordenadoria que traz as estatísticas do município em 1998, no qual consta o elevado índice de gravidez na adolescência;
- planeja, com os demais profissionais, na sala do cafezinho, sobre como será desenvolvida a reunião do grupo de gestantes, pois todos participam;
- programa, com o médico, a distribuição das consultas no horário da reunião das gestantes;
- pergunta para as auxiliares de enfermagem qual delas vai participar da reunião com gestantes. É prática delas uma ficar atendendo a demanda no posto e a outra participar da reunião;
- planeja, com as funcionárias, as atividades do dia, manhã e tarde;
- prepara e coordena as reuniões com agentes comunitários de saúde;
- faz reunião de capacitação dos agentes comunitários de saúde;
- realiza preparo dos agentes comunitários de saúde em relação aos programas da Secretaria Estadual de Saúde;
- organiza material para trabalhar com as agentes de saúde na reunião da tarde;
- planeja encontro com agentes comunitários de saúde sobre tema solicitado por eles, visando diminuir a ansiedade ao trabalhar com o idoso deprimido;

- orienta, ensaia e dirige teatro com grupo de agentes comunitários de saúde sobre o tema AIDS, para apresentação na comunidade;
- programa, com agentes comunitários de saúde, as visitas domiciliárias;
- orienta sobre cada cliente para o qual será feita visita domiciliária;
- reúne-se com a agente para revisar as visitas domiciliárias e ajudar a fazer as anotações. Revê cada visita, conversa sobre as orientações, reforçando o trabalho feito em cada uma;
- reúne-se com a agente comunitária de saúde e secretária de saúde para tratar de reclamações da população em relação a atitudes pessoais da agente de saúde;
- reúne-se com a secretária da saúde para tratar da situação de uma agente de saúde com problemas de relacionamento na comunidade;
- revisa, com agentes comunitários de saúde, cadastro de famílias que estavam com dados incompletos, ou que tinham algum problema e deveriam retornar;
- faz a entrega do material que está faltando aos agentes comunitários de saúde;
- combina, com um dos agentes comunitários de saúde, o dia de palestra na sua região;
- orienta os agentes comunitários de saúde sobre a importância dos dados dos cadastros serem confiáveis, pois é a partir deles que é feito todo o planejamento das ações de saúde;
- planeja, com os agentes comunitários de saúde, a distribuição de tarefas para a semana do município;
- faz levantamento, com os agentes comunitários de saúde, da necessidade de material para as visitas às famílias, como o cartão da criança, da gestante;
- avisa sobre a natação para deficientes no sábado, na UFSM, que tem mais algumas vagas;
- combina pauta para nova reunião para tratar sobre o dia do município;
- faz reunião coletiva com todas os agentes comunitários de saúde, para avaliação das atividades e capacitação;
- orienta agentes comunitários de saúde, em reunião ou individualmente, sobre:
 - alguns casos de famílias assistidas;
 - visita à família de criança faltosa ao grupo de desnutridos, para averiguar causas;

- ❑ conduta no caso de escabiose e combina visita a famílias para levar a medicação e orientá-los sobre cuidados;
- ❑ cuidados referentes à cada família e combina com aquelas que não conseguiu orientar individualmente, para retorno, visando continuidade deste trabalho;
- ❑ as datas das reuniões mensais do grupo de gestantes, de desnutridos e de idosos;
- ❑ o preenchimento de um formulário de cadastramento das adolescentes do município, cujos dados ajudarão no planejamento de um programa para prevenção de gravidez na adolescência;
- ❑ o aviso às famílias de crianças desnutridas e que estão inscritas no programa, de que o leite vai ser distribuído na reunião dos desnutridos, para evitar que venham do interior duas vezes;
- ❑ como revisar as fichas de crianças que estão sem vacinas, como cada agente deve verificar aqueles que são de sua área, encaminhar os faltosos e informar os que mudaram de endereço, no posto;
- ❑ a elaboração de uma lista de crianças que estão sem vacina ou atrasadas;
- ❑ alguns problemas de clientes e quais deveriam ser visitados por eles;
- ❑ trabalho de divulgação da prevenção de cólera, no município;
- ❑ a cólera, modo de transmissão, sintomas e prevenção;
- ❑ distribuição de condon, no posto de saúde;
- ❑ cuidados com os diabéticos, especialmente em relação à alimentação;
- ❑ a anotação do nome da pessoa e o medicamento de uso contínuo que estão usando: para o coração ou para a pressão, para diabete, para convulsão, epilepsia entre outros;
- ❑ a existência da vacina anti-tetânica no posto;
- ❑ aleitamento materno: fala sobre os chás, da água que não precisa e que muitas crianças têm diarreia devido ao manejo inadequado da mamadeira, da água contaminada, do bico;
- ❑ formas de encaminhamento de novas gestantes para o grupo;

- formas de trabalhar com as crianças desnutridas e o uso da balança utilizada no programa, a qual dá insegurança para as crianças;
- o idoso, suas carências de dinheiro, de afeto, de saúde ou de tantas outras coisas;
- as dificuldades que os idosos enfrentam em relação aos medicamentos, a importância do agente de saúde estar lá e olhar junto com ele, se tem outro familiar, orientar junto. Fala sobre a auto medicação, a idéia que eles têm de parar ou não de tomar remédio, eles têm que ter o acompanhamento, não é qualquer remédio que é de uso continuado;
- a necessidade de acompanhamento dos idosos vindo, no mínimo uma vez por mês no posto de saúde, verificando sua pressão, tendo acompanhamento, não deixar muito tempo. Não pode ficar muito tempo sem avaliação, porque o trabalho é essencialmente de prevenção;
- porque não são entregues medicamentos por mais de um mês a pacientes que usam medicamentos controlados, como os da pressão alta. A cada mês serão avaliados e feitos os encaminhamentos, quanto a exames laboratoriais, medicamentos que são necessários e as outras orientações que são dadas pelo médico e equipe de enfermagem;
- o uso do livro sobre o idoso, do Ministério da Saúde, como um instrumento bem acessível, para conversar com eles;
- a importância da agente sentar junto à gestante para ler o livro do Ministério da Saúde que aborda o assunto e ensinar como ela tem que conversar com o nenê, como o marido tem que acompanhar a gravidez...;
- a contribuição do idoso, que muitas vezes vem a somar ao trabalho do agente;
- o processo do envelhecimento, a influência dos vícios e da importância da procura de um modo de vida melhor, de se divertir, de ficar alegre, de ir nos lugares, de não só ficar trabalhando, naquela loucura, aquela pessoa envelhece primeiro, fica só na lavoura e em casa, não sai, é uma pessoa que vai envelhecer ligeiro;
- a cultura italiana, com hábitos, como o de jantar, a polenta, queijo, salame, que são alimentos pesados. A pessoa volta do seu trabalho, teve um trabalho forçado, precisa se alimentar, mas, às vezes tem os exageros;

- os hábitos saudáveis, alimentação equilibrada, o bom humor. Fala nas dificuldades do trabalho na agricultura, que é um trabalho forçado, no qual as pessoas enfrentam as intempéries, assim como tem o frio, a chuva, tem o sol muito forte, e a gente está numa região que se tem uma predisposição para desenvolver problemas de pele por causa do sol, dos agrotóxicos, do “buraco de ozônio”, da pele branca dos descendentes de italianos;
- as grandes preocupações, que são sempre mais e mais, o estilo de vida, que contribui para envelhecer;
- a prevenção de acidentes domésticos com os idosos, o uso de ceras do piso, tapetes, que podem escorregar e causar fraturas, sendo muitas vezes uma armadilha para uma pessoa de mais idade;
- o tipo de conversa com o idoso, para ser mais alegre, estimular caminhadas, até que pode, nem que seja de bengalinha. Caminhar como um passeio, caminhar devagar, olhando as flores, escutando os passarinhos, se distraindo, não com compromisso de ir e tal hora ter que voltar. Não, tem que esquecer, aproveita e dá uma caminhada;
- o papel da caminhada para quem tem diabete, pressão alta, para quem está estressada, uma caminhada assim é excelente para todos;
- a falta de exercício, o uso do fumo, a taxa alta de gordura no sangue, que podem levar a doenças cardiovasculares, como o enfarto, a angina, a insuficiência cardíaca, tudo que a gente puder fazer para prevenir, então aqui no livro vem a prevenção: atividade física, não fumar, controlar o colesterol, a diabete, este tipo de doença e a gente olhando assim sabe que muitas pessoas de nossa região têm problemas cardiovasculares, respiratórios;
- os fatores que causam a pressão alta, a obesidade, o uso de sal em excesso;
- os valores de pressão arterial normal;
- a perda do paladar, com a idade, quando as pessoas vão perdendo as papilas gustativas e o sabor dos alimentos diminui;
- os fatores de ansiedade, na própria família, onde tem adolescentes, famílias cujos casais de adultos têm problemas de relacionamento e que podem gerar momentos de ansiedade;

- ❑ a prevenção de problemas na menopausa, quando a mulher fica mais sensível: trabalhar mais intensivamente a prevenção da osteoporose, a poupança de cálcio desde a infância, a utilização dos hormônios, a exposição ao sol, a caminhada, que facilitam a fixação do cálcio;
 - ❑ a importância de chamar as pessoas pelo nome, especialmente o idoso;
 - ❑ alguns acidentes domésticos que podem causar fratura de fêmur e ficar imobilizada um período, dependendo da idade e do estado de enfrentar os problemas, pode levar a pessoa à depressão;
 - ❑ os acidentes que precisam ser trabalhados, pois muitos idosos ficam sozinhos, como desligar o gás, as prateleiras altas, as cadeiras que podem quebrar, são coisas que se pode evitar...
- passa vídeo do Ministério da Saúde, agentes em ação, “Velhice não é doença”, cujos temas são: velhice não é doença; a terceira idade começa aos sessenta anos; a participação do idoso na vida da comunidade é fundamental para ele se manter saudável; cuidados para a prevenção de acidentes domésticos; cuidados para a prevenção da osteoporose; o agente deve dar atenção especial ao idosos de risco – os que moram sós, os doentes dependentes e os imobilizados;
 - estimula a discussão entre as agentes sobre o tema lido;
 - faz levantamento de atividades que podem ser feitas para a integração dos idosos na comunidade, valorizando-o, com alguma ocupação, ou fazer uma trança (de chapéu de palha) ou fazer um crochê, ou tricô, ou bordado;
 - fala sobre a experiência que as pessoas de terceira idade têm para passar, especialmente para o agente de saúde. Caracteriza a terceira idade, em termos de tempo e de vivência, como o momento em que a sabedoria substitui a força que diminui;
 - refere que ser agente de saúde é um desafio, pois tem muita coisa para ser feita. Se tem idoso tem o que fazer naquela família;
 - reforça que não são os agentes comunitários de saúde que fazem os procedimentos, eles orientam a pessoa que estão cuidando. No caso do agente ir ao posto, solicita ao auxiliar ou ao próprio enfermeiro fazer algum procedimento;

- salienta que, quando tem estes grupos prioritários, a família deve ser visitada, mas também não deixar de ir muito tempo em uma família quando não tem estes grupos, pois pode se sentir isolada;
- mostra outro folheto do Ministério da Saúde sobre a terceira idade, no qual tem algumas dicas que podem ser levadas para conversar com a pessoa, sempre lembrar que uma das coisas que chama a atenção são estes dados estatísticos do RS, 23% das mortes das pessoas de mais de 50 anos é por causas externas, que são os acidentes, que não são por doenças;
- orienta os agentes comunitários de saúde para que estejam atentos e presentes nas atividades da comunidade de sua área: a pastoral da saúde, a Emater, movimento da mulher. Nestas atividades, as agentes devem participar e estimular a participação da população, mesmo que a atividade seja organizada por outro órgão, sem a presença da enfermeira. A extensionista da Emater, por exemplo, sempre avisa quando fará atividades nas comunidades, para haver a participação da agente;
- orienta os agentes comunitários de saúde de que cada família deve receber, no mínimo, uma visita no ano. Aquelas que têm agravos, devem ser visitadas uma vez por mês, como os diabéticos, os hipertensos, os idosos, as gestantes, crianças com menos de dois anos, etc..