

REGINA MARCIA CORTEZ GOUVEIA

**OS ENFERMEIROS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONSTRUINDO O SER
MAIS POR MEIO DOS CÍRCULOS DE CULTURA**

CURITIBA

AGOSTO/2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL - UFSC/UFPR**

**OS ENFERMEIROS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONSTRUINDO O SER
MAIS POR MEIO DOS CÍRCULOS DE CULTURA**

Regina Marcia Cortez Gouveia

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre no Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Receptora: Universidade Federal do Paraná-UFPR

Orientadora: Dr^a Maria de Lourdes Centa

**CURITIBA
AGOSTO/2000**

CURITIBA, 2 DE AGOSTO DE 2000

**OS ENFERMEIROS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONSTRUINDO O
SER MAIS POR MEIO DOS CÍRCULOS DE CULTURA**

REGINA MARCIA CORTEZ GOUVEIA

Dissertação a ser aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de:
Mestre em Assistência de Enfermagem.

Apresentada em 2 de agosto de 2000, atendendo as normas da Legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

Denise Pires de Pires

BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientadora:-----
Prof. Dra. Maria de Lourdes Centa

1º Examinador:-----
Prof. Dra. Ingrid Elsen

2º Examinador:-----
Prof. Dra. Maguida Costa Stefanelli

Suplente:-----
Prof. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

Doutoranda:-----
Prof. Dda. Maria Helena Lenardt

Não há homem
absolutamente inculto: o
homem "hominiza-se"
expressando, dizendo o
seu mundo. Aí começam a
história e a cultura.
(Paulo Freire)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Pai Celestial que fortalece-me dia-a-dia.
As minhas estrelas especiais Manoel, Lorena e Arthur, que estão sempre presentes em minha vida, partilhando e me ensinando que viver é ter quem amar.
Ao cidadão anônimo, que tem o direito a atenção a saúde de maneira digna e por fim a todos os profissionais que lutam para um Sistema de Saúde comprometido e eficiente.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Quando chegamos ao fim da etapa de cada trabalho, é que nos damos conta de quantas pessoas temos que agradecer, mesmo correndo o risco de me esquecer de alguém, gostaria de nomear alguns que estiveram bem próximos nesta caminhada.

À Dra. Maria de Lourdes Centa, que esteve atuando como orientadora neste trabalho. À você que é muito especial para mim, muito mais que orientadora. Meu carinho, gratidão e admiração.

Aos enfermeiros que participaram desta pesquisa, por fazer de um sonho à realidade.

AGRADECIMENTOS

Ao **Manoel**, meu marido por acreditar e me apoiar em todo processo deste trabalho, ter superado e entendido momentos de tensão e ausências.

Aos meus filhos **Lorena** e **Arthur**, que fazem tudo valer a pena na minha vida.

Aos meus pais **Benilde** e **João** (in memória), que são que confiaram em mim desde o começo, em especial à você minha mãe pessoa formidável e auto didata.

Aos meus irmãos **João Luiz, Sérgio, Kelly, Pedro, Arlos** (in memória), **Mario, Joana** e **Lúcia**, com vocês eu aprendi dividir, brincar e lutar, amo cada um.

Aos meus sobrinhos **Nicholas** (à caminho), **João Henrique, Vitória, Letícia, Augusto, Francisco, Leonardo, Juliana, Gustavo, Rafael, Rodrigo, Danilo** e **Diogo**, sonho com vocês e em meu sonho vocês podem tudo e sei que são capazes.

Aos meus cunhados e cunhadas **Jair, Maurino, Cidinha, Meire, Silmara, Sandra, Ettore, Marcelo, Adriane, Gisele** e **Paulo Celso** ou melhor como chamamos em família "os agregados", vocês são especiais porque foram escolhidos.

Ao meu sogro **Manoel** (in memória) e a **Cinira**, você que soube ser mais que "sogra", mãe em dobro, obrigada pelo apoio nesta caminhada.

À toda **equipe de trabalho da 17ª Regional de Saúde**, amigos e colegas, por terem me auxiliado, nesta conquista.

À **Rosilene**, minha amiga, pelo incentivo e apoio constante, que possibilitaram-me a conclusão do trabalho.

À **Gilda**, minha irmã e amiga, pelo carinho, amizade e incentivo.

Aos **professores do mestrado em Assistência de Enfermagem**, pelo convívio, dedicação e parceria nesta empreitada.

A minha turma do mestrado, **Adalgisa, Albanir, Alda, Andréia, Carmem, Cristiane, Gerti, Lilian, Liliana, Luisa, Márcia, Marialda, Marilene, Marta, Marilin, Mariluci, Maristela, Paulo, Raymunda, Rubens, Silvania, Solania, Sueli, Suzelaine e Terezinha**, por estarem prontos para estudar, debater, crescer, respeitar as diferenças e contar boas piadas.

Às minhas companheiras de estrada, **Alda, Andréia e Lilian** com vocês percorreria todos os caminhos novamente.

Ao **CESULON**, Centro de Estudos Superiores de Londrina, pelo apoio prestado nestes anos.

À **CAPES/CNPq** pelo apoio financeiro.

Aos **docentes e funcionários do CESULON**, pela disponibilidade, dedicação e atenção.

Aos **discentes** com quem estive atuando, em especial neste ano, pela paciência e amizade.

Aos **funcionários e docentes** do Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, em especial **Lúcia, Marcelo e Pedro**, pela disponibilidade e dedicação.

Às **bibliotecárias** do CESULON, Villa da Saúde e UEL, pela gentileza e presteza que sempre me receberam.

Ao amigo **Eduardo Baccarin**, por realizar a revisão de português de meus escritos.

À **Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná**, na pessoa do **Dr. Armando Raggio**, pela atenção aos pedidos e apoio para realização desta pesquisa.

À **Djamedes**, pela amizade e inicialmente acreditar no trabalho.

Ao **Valdir**, primo "agregado", pela disponibilidade de ajudar-me a ilustrar e imprimir este trabalho.

RESUMO

Gouveia, Cortez M. Regina. Refletindo com os Enfermeiros, sobre o seu caminhar na implantação do Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários. Curitiba 2000.116 p.. Dissertação de mestrado em Assistência de Enfermagem - Programa de Apoio ao Plano Sul de Pós - Graduação e Pesquisa - Convênio CAPE/ SETI - PR. Promotora : Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Orientadora: Dr^a Maria de Lourdes Centa

Defesa : 02 / 08 / 2000

Este trabalho foi desenvolvido em uma Regional de Saúde do Estado do Paraná e teve como objetivo construir o ser mais com os Enfermeiros desta Regional, sobre as suas experiências vivenciadas nos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, com a finalidade de reforçar suas ações e minimizar seus problemas. Estes programas, apesar de proporem a reestruturação do modelo vigente e estarem pautados na Norma Operacional Básica de 1996, que garante incentivos financeiros diferenciados a municípios que implantar, estão encontrando diversas dificuldades para sua implantação/implementação. Para discutir esta problemática e atingir o objetivo desta pesquisa utilizou-se o círculo de cultura de Freire, onde foi discutido com os enfermeiros, que atuam nestes programas, a sua vivência de cuidar das famílias, definição de quem é o enfermeiro que atua nestes programas, suas funções, dificuldades ao realizarem suas funções e encaminhamentos que acreditam melhorar o desempenho de suas funções. Desenvolvendo o círculo de cultura obteve-se, como resultado, informações que possibilitaram conceituar enfermeiro de família, enumerar suas funções e dificuldades, propor estratégias para implementar os referidos programas, proporcionando à população melhoria na qualidade de vida, como preconizam suas normas.

ABSTRACT

Gouveia, Cortez M. Regina. Nurses contemplating on their development in the establishment and implementation of the Family Health and the Community Agents of Health Programs. Curitiba 2000. 116 p..Masters Dissertation in Nursing Attendance - Program of Support to the South Plan of Post-Graduation and Researches - Agreement CAPE / SETI - PR. Promoter: Federal University of Santa Catarina - UFSC.

Professor : Dr^a Maria de Lourdes Centa

Defense: 02 / 08 / 2000

This work was developed in a Community Health Center sponsored by the State of Parana and had as objective to contemplate, in conjunction with its nurses, on their experiences into Family Health and the Community Agents of Health Programs, with the purpose of to reinforce their actions and to minimize their problems. These programs, in spite of to propose the restructuring of the effective model and of being based on the Basic Operational Rule of 1996, which guarantees financial incentives differentiated to municipal districts that carry it out, are having several difficulties for its implementation. To study this problem and to reach the objective of this research, the circle of culture of Freire was used, which was discussed with the nurses who work in these programs. The talks were about their experiences in these programs, and to contemplate the definition of who are the nurses that act in these programs, their role, difficulties to accomplish their duties and directions that they believe to improve their performance. Through the development of the circle of culture, there were, as a result, information which defined family nurse, as to enumerate their roles and difficulties, to propose strategies to implement the referred programs, and providing to the population improvement in their quality of life.

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
SUMÁRIO	11
LISTA DE ABREVIATURAS	13
1 INTRODUÇÃO	16
2 MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.	22
3 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	28
3.1 A Enfermagem na Saúde Pública: Acompanhando as evoluções	42
3.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	51
3.3 Programa de Saúde da Família (PSF)	54
3.3.1 Atendimento na comunidade	57
3.3.2 Diagnóstico de saúde da comunidade	57
3.3.3 Visita domiciliar	57
3.3.4 Internação domiciliar	58
3.3.5 Participação em grupos comunitários	58
3.3.6 Atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS)	58
4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	63
4.1 Conceitos	67

4.1.1	Círculo de cultura	67
4.1.2	Ser mais	68
4.1.3	Tema de dobradiça.....	68
4.1.4	Intelectual orgânico ou animador.....	69
5	ASPECTOS ÉTICOS	70
6	CÍRCULOS DE CULTURA - FONTE DE OBTENÇÃO DE DADOS ____	76
6.1	Desenvolvendo os Círculos de Cultura.	76
6.2	Local: Macro e Micro	77
6.3	Participantes	79
6.4	Realizando Círculos de Cultura.	82
6.4.1	Primeiro Círculo de Cultura.	83
6.4.2	Segundo Círculo de Cultura.	97
6.4.3	Quinto Círculo de Cultura.	110
7	REFLETINDO SOBRE OS DADOS E SUAS IMPLICAÇÕES	122
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
9	ANEXOS	135
ANEXO - 1	136
ANEXO - 2	137
ANEXO - 3	138
ANEXO - 4	139

LISTA DE ABREVIATURAS

As siglas e abreviaturas utilizadas neste estudo serão apresentados abaixo:

ACS Agentes Comunitários de Saúde

AIS Ações Integradas de Saúde

AIH Autorização de Internação Hospitalar

CAPs Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPI Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CONASP Conselho Consultivo da Administração de Saúde
Previdenciária

COREN Conselho Regional de Enfermagem

FMI Fundo Monetário Internacional

GM Gabinete Ministerial

IAPs Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

Km Quilometro

LOS Leis Orgânicas de Saúde

MCP Movimento de Cultura Popular

MS Ministério de Saúde

NOB Norma Operacional Básica

OMS Organização Mundial de Saúde

OPS Organização Panamericana de Saúde

PAB Piso de Atenção Básica

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISMIC Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança.

PIASS Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

PSF Programa de Saúde da Família

PREV-SAÚDE Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

RS Reforma Sanitária

SESI Serviço Social da Indústria

SETI Secretária de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

SIA Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB Sistema de Informação de Atenção Básica

SIPAS Seção de Integração e Programação de Ações de Saúde

SUCAM Superintendência de Campanhas

SUDS Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UEL Universidade Estadual de Londrina

UEM Universidade Estadual de Maringá

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

UFPR Universidade Federal do Paraná

US Unidade de Serviço

1 INTRODUÇÃO

Na evolução histórica da Saúde Pública brasileira, encontramos mudanças na forma de atender as questões que envolvem o processo saúde-doença. Para atender a objetivos mais amplos no âmbito econômico, político, social e educacional, foram e estão sendo realizadas alterações importantes no modelo de assistência à saúde do povo brasileiro. Para isso, ocorreram esforços individuais, coletivos e interinstitucionais, a fim de proporcionar a melhora da qualidade de vida da população. Nesta organização coletiva houve contribuição de várias categorias profissionais, porém, neste estudo, estarei abordando a participação do profissional enfermeiro e sua contribuição para a melhora das ações dos serviços de saúde no Brasil.

Sempre que ouço falar em queda da mortalidade infantil, aumento da participação da comunidade nas decisões de saúde, incentivo ao aleitamento materno, redução das doenças transmissíveis, aumento da cobertura vacinal, erradicação da poliomielite na América, quero acreditar que houve a participação efetiva do enfermeiro no planejamento, implantação, implementação e execução de cada uma destas ações conquistadas.

Essa contribuição não para aí, já que a maioria dos enfermeiros tem procurado assumir seu papel de educador junto à

comunidade e participar da formação e capacitação de outros profissionais. Alguns também continua em processo de aprendizagem, procurando aprofundar seus conhecimentos através da participação em cursos de pós-graduação, grupos de pesquisa tentando unir o conhecimento gerado à realidade vivida pela comunidade onde atua e, com isso, tentar encontrar o melhor modelo de assistência à saúde e a qualidade de vida da população.

Segundo MELO (1986), os estudos no âmbito da enfermagem, têm demonstrado que os enfermeiros também encontram-se exercendo atividades nas áreas administrativas e de supervisão. Considera ainda que a prática da enfermagem está relacionada com a estrutura econômica, política e ideológica do País. Dentro desta compreensão, é impossível imaginar uma estrutura de saúde sem a participação do enfermeiro.

No Brasil, como na maior parte do mundo, nossas práticas predominantes de assistência à saúde foram fortemente influenciadas pelo modelo capitalista onde a concepção biologicista e mecanicista predominam. Com isto, no contexto do processo saúde-doença estabeleceu-se o culto à doença e a devoção à tecnologia, como se ela fosse o mecanismo principal da qualidade da assistência ao paciente implicando assim em poucas atuações na manutenção da saúde (NOVAES,1990). Este paradigma direcionou os modelos de organização dos serviços, a estruturação dos currículos de formação dos profissionais

da área da saúde e difundiu a cultura doença-médico-hospitalar junto à população.

É neste contexto que os administradores dos serviços de saúde, os profissionais atuantes na área de saúde pública e a população assistida enfrentam dificuldades em relação a resolutividade e a qualidade das ações e dos serviços idealizados e prestados.

As dificuldades pautadas permitiram-me verificar que, principalmente em nível primário de atenção a saúde, com algumas exceções, a assistência vem sendo prestada como se para cada sintoma existisse uma doença e para cada doença existisse uma conduta terapêutica, de preferência acompanhada de muitos procedimentos diagnósticos e medicamentosos.

Por outro lado, observando o número crescente da população afetada pelo processo de exclusão, não só do setor da saúde mas, de outros segmentos da sociedade, tenho a certeza da necessidade de novas formas de atuação dos profissionais de saúde, as quais deverão ser flexíveis, criativas e comprometidas com as mudanças esperadas e necessárias.

Acredito, que ao procurar conhecer e discutir as atuações dos profissionais envolvidos nesta assistência estaremos conferindo maior importância às ações de promoção e proteção à saúde, bem como as ações propostas pelos Programas de Saúde da Família e Agentes

Comunitários de Saúde (PSF e PACS), as quais deliberaram sobre uma reestruturação do modelo ora vigente.

Baseado nestas perspectivas foi que decidi junto com os enfermeiros que atuam e/ou administram unidades de saúde, onde já foram implantadas e estão sendo implementados os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, visualizar seu impacto no processo de transformação do modelo de saúde.

Acredito, com bases na minha vivência profissional que na região onde atuo os enfermeiros devidos o seu desempenho sejam o suporte e a inteligência que impulsionam as mudanças necessárias, normatizadas, pelos referidos programas, para a tão idealizada reversão do modelo de atenção à saúde. Faz-se necessário, portanto, refletir sobre a vivência dos enfermeiros, neste processo, com a finalidade de obter subsídios para melhorar e/ou aperfeiçoar ações em prol da comunidade atendida, e minimizar os problemas enfrentados, tanto pelos enfermeiros que atuam, como pelas famílias assistidas nos PSF e PACS.

Fundamentada nas considerações feitas foi que construí a seguinte questão norteadora: "Como os enfermeiros da Regional de Saúde da Região Norte do Paraná, estão vivenciando seu caminhar na implantação e implementação nos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde?"

Tenho observado que o conjunto de ações desempenhado

pelos enfermeiros tem interferido no crescimento profissional do enfermeiro e na melhoria de qualidade de vida na nossa população.

Cabe lembrar que, estas estratégias são implantadas com o respaldo do poder público federal, estadual e municipal e tem condições de garantir à comunidade o conjunto de ações de saúde propostas em lei, onde assistência primária integral deve ser realizada por equipes multiprofissionais, integrada e interagindo com a comunidade de sua área de atuação, enfocando a promoção da saúde. Para isso, os aspectos referentes ao interesse, disponibilidade e formação dos profissionais são fundamentais, pois se não houver mudanças, na prática cotidiana de cada profissional continuaremos executando e reforçando modelos compartimentalizados e hospitalocêntricos.

Desde o início do processo de municipalização da Saúde, inúmeras propostas têm surgido, tanto em âmbito federal, como estadual, e municipal; sendo as mais importantes aquelas que efetivamente trazem perspectivas de mudanças do modelo de assistência, como o Programa de Saúde da Família e dos Agentes Comunitário de Saúde.

Não temos trabalhos que demonstrem que os profissionais estejam discutindo esta realidade para determinarem quais são as ações adotadas que efetivamente contribuíram para esta melhora e como poderiam ser implementadas as ações programadas. Para obter avanços mais racionais e efetivos, deveria ser realizado momentos de reflexões

para avaliações, levantamentos das necessidades, discussões de angústias, anseios destes profissionais, bem como as dúvidas sobre as atividades que devem ser mantidas e/ou alteradas. Esses são elementos fundamentais para conhecer o vivido, para realizar a tomada de decisão para o planejamento e continuidade destes programas.

Os profissionais que irão desenvolver suas atividades no PSF e PACS necessitam conhecer, os aspectos técnicos e operacionais, a filosofia, os objetivos, as dificuldades de implantação do processo de trabalho, sua interface com outras entidades afins, demanda e as inovações permitidas e esperadas.

Cabe ressaltar que esta pesquisa deriva do trabalho que desenvolvi na disciplina Prática Assistencial do Programa de Mestrado Interinstitucional UFSC/UFPR e associadas.

Para isso resolvi utilizar a minha experiência de prática assistencial onde trabalho, com as enfermeiras de uma Regional de Saúde do Estado do Paraná, e utilizar a metodologia proposta por Paulo Freire por permitir liberdade de expressão e aprendizado.

O objetivo geral desta pesquisa é construir com os enfermeiros da Regional de Saúde da Região Norte do Paraná, estão vivenciando as ações desenvolvidas nos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

2 MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.

Considero necessário descrever minha trajetória, vivida na realização deste estudo, porém, antes pretendo expor o meu comprometimento com o tema, apresentando os motivos que me impulsionaram a acreditar, não só na necessidade de estudá-lo, mas também na sua escolha e na utilização do método de Freire.

A minha formação acadêmica, como Enfermeira, aconteceu na Universidade Estadual de Maringá-UEM, no período de 1986 a 1989, onde, como na maioria das escolas, o currículo nos preparava ainda, muito mais para a assistência institucional realizada em hospitais, ambulatórios, unidades de alta complexidade, os currículos estavam voltados ao diagnóstico e tratamento das doenças KAWAMOTO (1995) e SILVA (1989).

As ações curativas são necessárias, porém é fundamental que se invista em um ensino que reduza a utilização desta forma de atenção a saúde onde o custo é inversamente proporcional à eficiência, sem prejuízo para a população que dela necessita, pois só assim poderemos dizer que estamos atuando e prestando cuidados para o indivíduo manter a sua qualidade de vida.

Estas estruturas de atenção à saúde, "tecnoburocráticas militares", são resquícios do militarismo, que se instalou anteriormente no

governo brasileiro (1964-1968), e que continuou com a mesma lógica, pois os próximos governos buscavam a modernização a todo custo (1968-1973), estimulando a entrada do capital estrangeiro no País, à custa de concentração de poder e conseqüentemente aumento da pobreza da população, portanto era de se esperar que na prática os profissionais que viveram e foram formados neste cenário, tomariam dois rumos: demorassem a aceitar as mudanças e introduzi-las no seu dia a dia ou lutassem para a transformação do modelo ineficiente instalado.

Felizmente, na época, em que era acadêmica, estavam ocorrendo as principais alterações no Sistema de Saúde Brasileiro, mudanças, estas, conquistadas e que cada vez mais me impressionavam pela competência com o que os revolucionários da saúde demonstravam e estavam conquistando.

Havia necessidade de profissionais que acreditassem em novas formas de pensar e atuar na saúde e na doença, que lutassem pelos direitos e deveres de nossa população.

Para o desenvolvimento deste novo tempo, mesmo que de maneira global, refiro-me que não era o pensamento de todos do nosso meio acadêmico, porém, não nos faltou docentes apaixonados, que compreenderam a grandeza do processo e não nos deixaram alheios às mudanças ocorridas e nos prepararam para enfrentar as que estavam por vir, ensinando-nos a valorizar as conquistas e obter forças para continuar.

Foi, também, nesta época que acreditei, que poderíamos trabalhar em um modelo de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Ironicamente após a conclusão do curso de enfermagem busquei atuar na área de Saúde Pública, onde conferia o meu maior interesse, porém iniciei minha vivência profissional em um hospital que atendiam, basicamente, pacientes de ginecologia e obstetrícias. Brinco ao dizer que “meu nascimento profissional”, se deu neste curto período de nove meses, que permaneci nesta instituição. Após este tempo passei a trabalhar em um hospital geral, mais precisamente, em uma Unidade de Terapia Intensiva onde procurei me esmerar, cada vez mais, na assistência prestada, mas sempre me questionava se não seria possível evitar, ou melhor, prevenir aqueles momentos que tanto sofrimento causava para os pacientes e seus familiares.

Durante este tempo, discutia e pensava que o processo saúde-doença que presenciava, apresentava-se com lacunas a serem preenchidas e eu necessitava retomar o processo saúde-doença, no qual acreditava, baseados nos dados provenientes da população, analisando a distribuição e as causas determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde, sugerindo medidas de prevenção, de controle ou de erradicação, segundo ROUQUAYROL, 1986.

Julguei necessário, para minha satisfação pessoal, retomar a estes princípios de saúde, pois acreditava que no transcorrer do processo

saúde-doença completo era necessário ainda identificar as causas e conseqüências que interagem com o sistema político, sócio-econômico e cultural, dentre outros.

Acredito em um sistema de saúde, de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde, que contempla ações de atenção ambulatorial ou básica, hospitalar e de alta complexidade, com referência e contra-referência, mas, como enfermeiro, sentia necessidade maior de atuar na prevenção da doença, trabalhando diretamente com a comunidade.

Foi, então, que iniciei minha trajetória na Saúde Pública, dois anos após graduação. Estes foram, para mim, momentos importantes e de grande influência na minha forma de ver e ler o mundo. Passaram-se cinco anos de minha atuação nesta área, na qual ainda posso observar as transformações e problemáticas ocorridas e colocar a minha preocupação com a atuação dos enfermeiros, nos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Como trabalho em Unidades Básicas de Saúde, fui chamada para atuar na formação dos Agentes Comunitários de Saúde que estavam sendo contratados para trabalharem em Londrina e regiões próximas, sendo que neste momento tive o meu primeiro contato com os objetivos, processo de implantação, perfil dos profissionais, seleção das equipes, processo de cadastramento e territorialização, avaliação do processo e

participação da comunidade, através ou não do controle social. Desde o início foi possível perceber a importância desta estratégia, pois, futuramente estaríamos vivenciando este novo processo, no município e na região, através da implantação de novas equipes ou da transformação das equipes existentes em equipes com atuação em Saúde da Família.

A participação dos profissionais enfermeiros, neste momento, foi muito importante, pois, para participar deste modelo, eram necessários profissionais sensíveis às condições sociais, econômicas e culturais da população onde estivessem atuando; que discutissem suas preocupações, anseios, esperanças e que se empenhassem na busca de soluções.

FOUCAULT (1998), analisando as transformações na prática de cuidar da saúde, salienta a necessidade de retomar algumas destas práticas que segundo ele são fundamentais, ressalta o atendimento no domicílio e destaca que quem atende onde os problemas de saúde estão, adquire, em pouco tempo uma experiência fundada nos fenômenos mais complexos para se estabelecer o equilíbrio do ser saudável.

Aproveitando mais esta oportunidade em minha vida profissional, procurei adquirir esta experiência, cuidando dos pacientes em seus problemas de saúde sem violentá-los e entendendo os motivos que os levavam a estar doentes. Percebia que isto era fundamental para, tratar seus problemas de saúde, pois estava com eles em suas realidades. Acredito que com práticas semelhantes realizadas por equipe

multiprofissional onde devem estar incluídos mais profissionais, inclusive os enfermeiros, é que realmente poderemos mudar os rumos do nosso atual Sistema de Saúde.

3 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A construção do Sistema Único de Saúde foi importante conquista da população brasileira. É um processo que está marcado por momentos que registram as estruturas segundo a lógica do modelo assistencial vigente e ainda predominante no País, ou seja, o modelo caracterizado pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização de recursos tecnológicos e baixa resolubilidade. Isto porque estivemos pautados no modelo Flexneriano que gera profissionais ligados a uma formação com fragmentação do indivíduo, incentivando as ações altamente especializadas, com enfoque à atenção médico-hospitalar, segundo BRAGA & PAULA(1981).

Neste século, houve mudanças no modelo de saúde brasileiro, consideradas de grande importância, para as atuais formas de cuidar da saúde do povo. Neste processo foram aprimorando-se as formas de atuação dos profissionais de Saúde, os quais transitaram desde o sanitarismo campanhista, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, até chegar ao final dos anos 80, ao modelo hoje vigente, ou seja, o Sistema Único de Saúde - SUS. (MENDES, 1996).

Atualmente, inserido no modelo de atenção à saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde, encontram experiências como os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde,

destinados a melhorar não só a saúde, mas, a qualidade de vida das famílias brasileiras. A família, considerada "célula mater" da sociedade, deveria estar contemplada com ações que lhe propiciassem melhores condições de enfrentar a realidade de desigualdade em que vivemos, mesmo que esta família por adversidade tenha dificuldades de cuidar dos seus familiares.

FOUCAULT (1998, p.18), refere que

"[...] O lugar natural da doença é o lugar natural da vida a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunho do afeto, desejo comum de cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixa o próprio mal se desdobrar em sua verdade" [...].

Diante deste raciocínio é fácil entender porque a implantação do PSF e PACS vem aumentando em todo território nacional.

Para melhor entender a atual Política de Saúde Brasileira e compreender a importância de suas conquistas, procuraremos retratar os acontecimentos determinantes da evolução do modelo de saúde vigentes em nosso país, utilizando os autores BRAGA & PAULA (1981), LAURELL; COHN & SALINAS; (1995), BUSS & LABRA (1995), FAVORET FILHO & OLIVEIRA (1990), CAMPOS et al, (1994), MENDES; TEIXEIRA & UNGLERT et al (1995) e MENDES (1996).

Segundo BRAGA & PAULA (1981), nas primeiras décadas do século XX, os problemas de saúde e suas formas de atendimento

aparecem ligados a economia cafeeira. Neste momento, as endemias e problemas gerais de saneamento, são evidenciados, através de doenças como cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e as chamadas doenças de massa (doenças infecciosas e parasitárias como tuberculose, lepra e febre tifóide). Este processo determinou que o modelo de saúde fosse o sanitarismo campanhista, através do qual adotaram medidas de combate às doenças de massa com estilo repressivo de intervenção, sobre os corpos individuais e sociais.

O ano de 1923 foi marcado pela atuação de Carlos Chagas que tentou ampliar significativamente o atendimento à saúde, entendendo as necessidades da população. Cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública e em separado, a Previdência Social, a qual foi instituída com a lei Elói Chaves (Decreto n.º 4 682 de 24/01/23), a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que inicialmente destinava-se à atender os ferroviários, incluindo posteriormente os marítimos e outros.

A partir dos anos 30, a presença das classes assalariadas urbanas, conseqüência do processo de industrialização, colocou fim ao modelo agroexportador e induziu o aparecimento de assistência médica e previdência social, destacando-se a diminuição progressiva das ações campanhistas. No plano da política de saúde, identifica-se o processo de centralização, pois é criado o Ministério de Educação e Saúde, onde ações de saúde são coordenadas à maneira militar. A preocupação não é mais sanear o meio, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e

restaurando a sua capacidade produtiva, segundo BRAGA & PAULA (1981).

Nesta época, acontece a privatização dos serviços através do credenciamento de médicos, e, posteriormente de hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, ainda nos anos 30, o governo passa a criar os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), mas continuam existindo as CAPs. Nos institutos, a diferença é que não existem mais vínculo por empresas, mas eles são estabelecidos por categorias profissionais, porém tanto em um como no outro, a finalidade era propiciar benefícios aos trabalhadores como aposentadorias, pensões e em segundo plano a assistência médica (LAURELL; COHN & SALINAS, 1995).

A principal fonte de recursos, desta instituição, era a contribuição do empregado. Como os salários eram baixos, o montante de recursos individuais, por categoria, não era grande e somado-se a isto, o aumento do número de empregados inativos frente a contribuição dos ativos, o governo de 1945 a 1960 utilizou vários meios para tentar racionalizar o sistema previdenciário da época. No ano de 1966 ocorre a unificação do sistema previdenciário com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) BUSS & LABRA, (1995) e MENDES; TEIXEIRA & UNGLERT et al (1995).

O processo de concentração econômico do INPS foi idealizado pelo governo, pois se realizava a soma de recursos dos IAPs,

elevação da contribuição dos empregados e empregadores, em contrapartida houve a ampliação do número de previdenciários, conseqüência da acelerada industrialização e urbanização ocorrida neste período, (BRAGA & PAULA,1981).

Segundo Médici (1994), temos divergências até mesmo no governo e nesse sentido buscam novas formas de extensão de cobertura do sistema de Saúde.

Outros autores como LAURELL; COHN & SALINAS (1995) p. 230, também cita estes desencontros e relata que;

"No que diz respeito especificamente à saúde, estabeleceu-se uma cisão entre Saúde Pública e Assistência Médica Individual. A Saúde Pública fica a cargo do Ministério da Saúde, responsável pelas ações de caráter coletivo, a qual fica na dependência de parcela do orçamento fiscal destinada ao Ministério, e que tem um comportamento acentuadamente descendente a partir da segunda metade da década de 50. No que diz respeito à Assistência Médica Individual, ela fica essencialmente sobre a égide do sistema de proteção social, cobrindo somente a parcela da população que tinha acesso, sendo que os serviços ofertados são produzidos fundamentalmente pelo setor privado de saúde e comprados pelo Estado, com recursos provenientes da Previdência Social. Cristaliza-se, desta forma, a construção de um setor privado da saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social,"

Neste período, o INPS, chega a ser o segundo orçamento da União, sendo que as principais características do modelo médico assistencial privatista, foram: extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; o privilegiamento da prática médica curativa, assistencialista especializada,

em detrimento da saúde pública; a criação através da intervenção do Estado, de um complexo médico-industrial, desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capacitação da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços (MENDES, 1996).

A assistência médica era, na sua maioria, prestada por serviços privados de saúde que eram pagos através das Unidades de Serviços (US), tabela de referência que tinha preços variados de acordo com a complexidade do ato médico realizado. Esta modalidade de compra de serviços foi um fator incontrolável de corrupção, pois induzia a utilização de serviços complexos e caros, o que propiciou um super faturamento por parte dos serviços, colocando em risco todo o sistema financeiro da Previdência Social (BUSS & LABRA, 1995).

Ainda em BUSS & LABRA (1995), temos como exemplos o fato de em 1969 haver 75 mil leitos privados no país, que cresceram para cerca de 350 mil em 1984, uma expansão de 465% em quinze anos, graças ao capital subsidiado pelo estado, pois o pagamento era realizado pela apresentação das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH(s), não havendo uma ostensiva auditoria nos procedimentos de internação e a fatura era paga como um "pacote". Explico: quanto aos dias de internação que é só um dos itens a ser observado e o mais simples, o paciente interna para realizar uma cirurgia, que a média de dias de internação são 7 dias, computasse o gasto com hotelaria, alimentação, remédios, serviços

profissionais e mais, para os 7 dias, porém o paciente, por algum motivo, fica menos dias internado e isto não era rigorosamente identificado, prevalecendo um benefício aos prestadores que gastaram menos com este paciente. O inverso também poderia acontecer, porém o que observamos é que pelo crescente interesse dos prestadores, esta forma de pagamento era muito vantajosa. E não havia formas de verificar em todo o território Nacional se o procedimento foi ou não realizado, se o procedimento apresentado em fatura, foi o procedimento efetuado. De fato, exemplos como estes corroboram que a demonstração de interesse pelo sistema não pára. De 1971 a 1977 foi registrado um aumento de 322% nas internações, 638% das consultas médicas e 434% de serviços de apoio diagnóstico, realizados pelos prestadores de serviços contratados.

Segundo FAVARET FILHO & OLIVEIRA (1990), a política de cobertura assistencial deste então sistema mostra-se discriminatória, mantendo uma população carente de serviços de saúde, trata-se da universalização excludente, que vem consolidar-se na década de 80. Esta população anseia por atendimentos de alto custo, especializados e de tecnologia importada. O Estado não tem possibilidade de controlar os custos da atenção a saúde, já que o modelo por si só é corruptor e corruptível, ficando impossibilitado de atender os requisitos básicos, de uma assistência integral, de baixo custo, eficiente, o que vem gerar críticas de todos os segmentos organizados da população, que trabalhavam em seu benefício. O Estado busca soluções para recuperar seu prestígio político abalado, porém, não apresentou nada de novo, neste

período, para solucionar o problema instalado.

Segundo BUSS & LABRA (1995, p. 76)

“o país desenvolveu este modelo devido à determinantes estruturais impostas pelo desenvolvimento capitalista instalado no país, e motivações políticas conjunturais. Ele fez parte de um conjunto de políticas sociais compensatórias, necessárias para a legitimação política do regime burocrático-autoritário o que foi possível pelo grande crescimento econômico que caracterizou o período, denominado de milagre econômico”.

Frente a isto, o governo encontra dificuldades cada vez maiores para sustentar a situação, militantes por um sistema mais justo se fortalecem dia a dia e a partir da década de 70, no final do período de expansão econômica foi iniciada a abertura política, lenta e gradual, onde novos atores surgem no cenário político e questionam a política social e as demais políticas governamentais, através de movimentos sindicais, de profissionais da saúde, professores universitários, movimentos populares de saúde, entre outros. Neste período temos, também, a pressão das dívidas externa e interna, as exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI), a recessão econômica e a pressão inflacionária, que provocam o colapso do sistema de proteção social (LAURELL; COHN & SALINAS et al, 1995).

Segundo CAMPOS et al (1995), associado a isto, foi no período entre os anos 60 e 70, que ocorreu o aumento da concentração de renda, o declínio do salário mínimo real e a conseqüente diminuição do

poder aquisitivo da população assalariada, fatos estes fundamentais para a deteriorização dos níveis de saúde do País. É no bojo desse processo, que se intensifica a luta pela democratização no País e se organiza um movimento de mobilização pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e dever do Estado (LAURELL; COHN & SALINAS, 1995).

Neste período, houve propostas para resgatar a atenção primária em saúde, através de discussões municipalistas, expressas na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963 e em encontros nacionais de Secretários de Saúde. Fatos estes que fortaleceram os grupos comprometidos com as mudanças necessárias.

Segundo MENDES (1996), em 1979, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), e o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), o qual lança o Plano CONASP. Este plano, que teve como alvo principal a integração das ações de saúde, mas na prática, transformou-se em vários projetos racionalizadores, sendo que entre eles, encontra-se o Plano de Racionalização Ambulatorial, o qual propôs as Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições de saúde. Com as AIS, ocorreu a unificação dos recursos e serviços de saúde, o atendimento à população foi planejado para ser de acordo com suas reais necessidades, diagnosticadas através de critérios sociais e epidemiológicos. Cabe ressaltar que as AIS, implantadas em 1983, modificaram qualitativamente ações desenvolvidas

pelo atual modelo médico-assistencial privatista, o INAMPS.

Os primeiros anos da década de 80 foram marcados por ações efetivas para a mudança do modelo vigente, como exemplo temos o Anteprojeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que apresentava três objetivos explícitos:

1) Estender a cobertura de serviços básicos de saúde a toda população;

2) Reorganizar o setor público de saúde, pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, o que deveria implicar na redução dos custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis;

3) Promover a melhora das condições gerais do ambiente com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento de água e em medidas sanitárias necessárias ao controle parasitário.

No início de 1986, ocorre em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, o mais importante evento político na área da saúde da década, pois desde janeiro de 1937, através da lei 378, existia a obrigatoriedade de se promover Conferências Nacionais de Saúde a cada dois anos, porém, em quase meio século foram convocadas apenas 7 delas, sendo que as 4 anteriores não tiveram destaques.

Esta Conferência analisou os seguintes pontos básicos relacionados com o setor saúde, ou seja, saúde como direito de todos e dever do Estado, reorganização do sistema de saúde e de seu financiamento. Ainda obteve encaminhamentos em dois aspectos de trabalhos técnicos, pois na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, sua doutrina, constituiu-se em instrumento que influenciaria de forma determinante, dois processos que se iniciaram, simultaneamente, em 1987; ou seja, no Executivo, houve a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; e no Congresso Nacional, a elaboração da nova Constituição Federal (MENDES, 1996)

Com o SUDS continua o processo, para a descentralização e a unificação do sistema de saúde, considerando essencial para a Reforma Sanitária (RS).

Neste momento, discutiu-se o modelo de gestão do sistema unificado, tendo como bases as atuais estruturas que estavam evoluindo com as Ações Integradas de Saúde (AIS), definindo-se os gestores de cada nível, os quais deveriam ser os secretários de saúde estadual e municipal. Para a área de financiamento o sistema continuava vinculado ao percentual fixo do orçamento do Ministério da Saúde (MS), porém, não foi, ainda neste período, que se identificou medidas de profundas mudanças.

Foi enfrentando dificuldades para por em prática as definições do Sistema idealizado, a partir da redefinição das relações e

responsabilidades entre municípios, estados e federação, que o SUDS avançou para a descentralização estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços.

A Constituição de 1988 contém princípios, conceitos e diretrizes, consagrando a conquista do movimento sanitário.

Segundo BUSS & LABRA (1995), a saúde foi contemplada na nova Constituição com níveis de explicitação não registrado nas cartas anteriores e pouco visto em outros países.

Avaliando este período, MENDES; TEIXEIRA & UNGLERT et al (1995), afirmam que o SUDS reforçou os mecanismos de universalização excludente e não conseguiu superar as relações entre o Estado e a sociedade, caracterizadas pelo clientelismo e corporativismo. Desta forma, ele não alterou o sistema burocrático instalado, porém o processo é mantido, por que está articulado à Constituição Federal, onde a saúde foi incluída dentro da Seguridade Social, a qual trata do conjunto das ações de Saúde, Previdência Social (pensões, aposentadorias e outros benefícios financeiros) e Assistência Social.

A idéia é que a Seguridade Social seja um conjunto de políticas e ações dirigidas à proteção social da população, com um financiamento comum, onde a saúde é financiada, também por outras fontes, como Estados, municípios e outros recursos da União.

A Constituição prevê ainda a elaboração e aprovação das Leis Orgânicas, que dispõe sobre cada área de atuação do setor saúde.

Segundo MENDES (1996), ao final da década de 80, o sistema de saúde passa a ser denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Quando se fala em SUS, se quer referir, de fato não a um sistema único, mas ao subsistema público único, parte de um sistema maior.

Finalmente, este sistema que atende a grande maioria da população brasileira dá continuidade ao processo, aprova as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8080/90 de 19/09/90 e 8142/90 de 28/12/90. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, ou seja, enfoca que o sistema é constituído por unidades públicas, filantrópicas, privadas, podendo ser órgãos e instituições federais, estaduais e municipais. A Lei 8080/90 dispõe sobre os princípios do SUS, ou seja, universalidade, integralidade e igualdade de assistência, direito a informação, participação da comunidade no controle e avaliação dos recursos investidos, descentralização político-administrativo das ações de saúde, organização dos serviços para evitar duplicidade das ações, dispendo, também, sobre os recursos para o financiamento das atividades a serem desenvolvidas. E a Lei 8142/909 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, nas de Conferência de Saúde, no Conselho de Saúde, no Conselho Nacional de Secretários. Ela complementa a anterior quando refere à participação da comunidade no

sistema de saúde, garantindo assim sua participação em todos os níveis de gestão.

Isto significa a transferência da União para os estados e municípios de atribuições e/ou responsabilidades com pessoal, equipamentos e prédios, num esforço e prática de descentralização.

Na prática, o processo de descentralização é efetivado para transferir para o governo municipal a responsabilidade da resolução de seus problemas de saúde, em âmbito local, capacitando-o para que junto com seus usuários possam definir as ações e atividades que devam ser realizadas para resolver os fatores de risco de adoecer encontrados em cada região. O governo Federal e estadual só transfere para os municípios o que é de sua competência.

Com o município tornando-se gestor dos recursos correspondente a saúde da população, acredita-se que sua administração será mais ágil para resolver os problemas locais, a fiscalização será mais eficiente, coibindo as fraudes e a aplicação de seus recursos financeiros será de acordo com a realidade e necessidade local.

Para um sistema envolvendo tantos fatores, foi necessário que o Ministério da Saúde publicasse normas definindo suas funções e capacidade, as quais estão expressas na resolução denominada de Norma Operacional Básica (NOB). Estas normas estão voltadas mais para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientem a

operacionalização do sistema, sendo que a primeira foi instituída em 1993, sofrendo modificações e hoje temos a NOB-SUS 01/96 a qual rege os serviços de saúde. (Brasil, NOB-SUS 96,1997)

Apesar de todas estas modificações, ocorridas no transcorrer histórico dos sistemas de saúde é necessário reconhecer que, ainda hoje, não concretizamos o projeto político do SUS, sendo necessário que seus profissionais, permaneçam em constantes buscas e avaliações, aprimorando o sistema e tentando melhorar as condições de vida das famílias brasileiras.

Diante deste desafio, o Ministério da Saúde (MS), criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). (Brasil, 1993).

3.1 A ENFERMAGEM NA SAÚDE PÚBLICA: ACOMPANHANDO AS EVOLUÇÕES

Anteriormente procuramos refletir sobre a atenção à saúde instituída no cenário brasileiro, agora tentaremos explicar como se deu a inserção do profissional enfermeiro neste contexto. Para isso, considero importante abordar a origem do enfermeiro de Saúde Pública e referir as atividades que vem desenvolvendo, atualmente, como docente, enfermeiro assistencial ou administrador do setor.

Pode-se dizer que a Enfermagem de Saúde Pública surgiu na Inglaterra e foi introduzida nos Estados Unidos no momento de transição da produção manual para a mecânica, quando houve aumento do número de pessoas que não tinham o necessário à subsistência e estavam aglomeradas nas cidades.

Através dos escritos de PAIXÃO (1979), encontramos relatos de pessoas influentes da época, que após ter recebido cuidados de enfermagem em suas residências ou próximo a ela, observaram bons resultados, quanto à melhora do paciente. Assim estes, com a intenção de estender para toda a população, solicitaram a Florence Nightingale que voltasse a formação das enfermeiras para atender no domicílio também. Florence procura formar então como ela chamou enfermeiras visitadoras, que teriam a função de atender os mais necessitados em suas casas e nos distritos sanitários.

Porém segundo DONAHUE (1993), a história da enfermagem na saúde comunitária, se confunde com o instinto de sobrevivência das tribos e isto evoluiu com o aparecimento de outras formas de organização social, onde identificaram problemas como pobreza que levavam a adoecer, à medida que isto foi se agravando era necessária atenção à saúde, em nível de prevenção e cuidado a incapacidade do enfermo. Cita ainda que estas atividades eram bastante restritas as entidades religiosas, mas com a ampliação dos conhecimentos e avanços tecnológicos, consideravam outros determinantes para adoecer, e havendo necessidade

de outras pessoas já com formação mais técnica para prestar esta assistência.

Foi necessário ainda ampliar as discussões para as formas de transmissão das doenças e direcionarem os cuidados à saúde, para cuidados mais globais, como educação, orientações a grupos entre outros serviços prestados a comunidade. Estas atividades passaram a fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde, inclusive a enfermagem.

No Brasil, esta experiência foi implantada devido à necessidade do combate da febre amarela e da malária e, também, em virtude da expansão das atividades econômicas nas zonas rurais, o controle e combate às doenças venéreas e lepra. Neste momento, houve o reconhecimento de administradores do setor de Saúde Pública, da necessidade de implementar medidas preventivas e que essas exigiam mão de obra preparada. Sugerindo que a experiência do enfermeiro visitador de outros países fosse importada através de cooperação entre países e escolas, que estavam atuando na formação destes referidos enfermeiros, sendo este tipo de trabalho utilizado, também, para combater a tuberculose e as doenças transmissíveis, em geral. (PAIXÃO, 1979).

As ações do enfermeiro de Saúde Pública são basicamente, norteadas pelas necessidades identificadas nos grupos que receberão assistência, normalmente esta assistência é priorizada ao maior risco de adoecer, o trabalho a ser prestado a esta comunidade, portanto, tem seu

desenvolvimento vinculado aos interesses dos poderes públicos de produção e da manutenção do mercado de consumo.

Nos primeiros tempos, as enfermeiras de Saúde Pública espelhavam-se nas experiências norte-americanas, pois existia cooperação entre estes países, para que os enfermeiros brasileiros fossem formados para atuarem de acordo com este modelo e atendessem as necessidades da realidade brasileira.

Foi após um período de extrema emergência de combate às doenças endêmicas como febre amarela e tuberculose, que iniciamos o trabalho de enfermagem pública no Brasil, buscando o modelo apropriado a nossa realidade, quando, então, continuamos a importar enfermeiros, mas agora com o objetivo de atuarem, também, na formação de futuros profissionais, voltados para as necessidades de Saúde Pública brasileira. Neste sentido foi fundada a Escola de Enfermagem Ana Néri, em 1923, pois se fazia necessário uma Enfermagem com a finalidade de intervir positivamente no modelo agroexportador cafeeiro, (RIZZOTO, 1999).

Segundo PAIXÃO (1979), as primeiras enfermeiras formadas foram contratadas para atuarem em serviços de tuberculose, educação sanitária, higiene infantil e pré-natal, visita domiciliária a pacientes com doenças transmissíveis, exceto doenças venéreas.

Ainda neste período os enfermeiros passaram a participar dos programas de combate e controle das endemias, através do

isolamento de contatos, saneamento e vigilância dos portos e núcleos urbanos, (CAPELLA, 1991).

Segundo SILVA (1989), neste período o Brasil inicia uma dualidade: a saúde pública preocupada com os programas de saneamento básico vacinação e campanhas para a erradicação das principais moléstias e a saúde previdenciária, voltada para a medicina curativa, atendendo o individual, principalmente a classe trabalhadora. Observamos que, o modelo de saúde brasileiro nesta época acompanha o modelo econômico, pois é necessário manter a mão de obra sadia e o ambiente saneado para que o homem permaneça apto ao trabalho.

Ao evoluirmos do modelo econômico agroexportador para a industrialização, apesar de expor indicadores de saúde deficientes, como os apresentados pelas doenças endêmicas fora de controle, o governo não almejava ou priorizava atividades que visassem programas de modernização do setor de saúde pública. Ele priorizava atividades e assistências individuais de saúde que pudessem conservar o homem saudável para garantir a produção, mas não observou que a saúde deste homem é resultante da educação, acesso aos bens e serviços essenciais, bem como alimentação, moradia, condições de trabalho, renda, transporte, lazer e todo o seu meio saneado.

Porém, segundo NAKAMAE (1987), para manter o quadro político-econômico da época, foi investido em alta tecnologia e grandes

empresas começam administrar a saúde no país e a atenção básica, a qual garantia que o enfoque sanitário já não faz mais parte da nossa realidade. A Saúde Pública, neste período da década de 30, perde recursos de atenção e controle de doenças que estão acometendo multidões e iniciam sua caminhada rumo ao modelo que atende a doença e tem como eixo central práticas curativas no ambiente hospitalar.

A enfermagem, como todos os profissionais da área, sofre influência deste modelo em sua formação acadêmica, passando o ensino após a década de 30, onde era dirigida a área de saúde pública, para uma enfermagem dita moderna, pois o mercado exigia profissionais preparados para atuarem em hospitais e clínicas especializadas, e os grandes centros de formação acompanharam a necessidade do mercado. (NAKAMAE, 1987).

É importante ressaltar que não sou contra a incorporação de novos equipamentos para apoio diagnóstico, novos medicamentos e técnicas ao sistema de saúde, mas sim contra o não racionamento e substituição de atividades que estavam melhorando a Saúde no país, para uma política de financiamento do setor privado ao sistema de saúde, com recursos públicos, sem garantia do retorno em qualidade inversamente proporcional ao investido segundo autores como NAKAMAE; (1987) e MENDES; TEIXEIRA & UNGLERT et al(1995).

A idéia não é marcar este processo da Reforma Sanitária e

sua influência direta, identificando exatamente o período em que aconteceram tais fatos e este levou a determinada ação, pois isto seria impossível, é considerado que inúmeros fatos marcaram esta transição e este modelo curativista, direcionou ações dos profissionais de saúde até meados da década de 70, em vários âmbitos, inclusive nas formas de prestar assistência à saúde, entender o processo saúde-doença e conseqüentemente na formação dos futuros profissionais. (BERLINGUER; TEIXEIRA & CAMPOS, 1988).

Paralelamente, ocorria o desenvolvimento do capitalismo e o surgimento das indústrias, surgiram diferenças no quadro social urbano, aumento da classe operária, os trabalhadores saíam da zona rural e passavam a trabalhar na zona urbana, pois, eram importantes para o desenvolvimento econômico e representavam a força social de trabalho. Os operários por estarem submetidos a longas jornadas de trabalho, baixas remunerações, moradias e locais de trabalho insalubres, ficavam cada vez mais doentes, passando reivindicar melhores condições de assistência à saúde, acreditando que a assistência individualizada, especializada e de alto custo era a solução para seus problemas que aumentavam as causas de morbimortalidade do País.

Pois eram estas as formas de assistência à saúde, divulgadas entre os profissionais de saúde, tidas como sendo a forma mais eficaz de tratamento e manutenção da saúde e que era obtida através da assistência individual e terapêutica.

O mesmo raciocínio de que são vários os fatores que levam às mudanças, até mais apropriado, seria que a Saúde Pública, por necessidades de uma reforma administrativa, seja para diminuir gastos e melhorar os resultados de suas intervenções ou porque necessitava aumentar sua credibilidade perante a população, crescimento da população previdenciária, aumento do custo da assistência aos trabalhadores, a exclusão de parte da população não trabalhadora, a não retirada dos fatores que continuavam aumentando a morbidade, ou ainda porque os Reformistas estavam articulados e conquistando espaços cada vez maiores, passando a idealizar e divulgar um modelo não mais biomédico, um modelo com concepções de assistência com ações integradas de saúde, com a finalidade de vigiar a saúde, abandonando a preocupação com o tratamento, preocupando-se com as causas que levaram o indivíduo a estar doente e este modelo priorizava também a família, a integralidade do cuidado, o atendimento do homem como ser integral, inserido em seu contexto social (BERLINGUER; TEIXEIRA & CAMPOS, 1988).

É polêmico discutir o quanto avançamos nas propostas da Reforma Sanitária brasileira, porém acredito que reformas rápidas e consistentes são próprias de uma sociedade que conte com outras áreas básicas de sobrevivência garantidas como o trabalho, educação, saneamento e mais, como não é esta a realidade da sociedade brasileira, porém acredito que as mudanças conquistadas, devem ser valorizadas e servir de estímulo para continuar os avanços e garantir conquistas.

A enfermagem brasileira, também registra mudanças próximas a este período, na década de 50 até meados da década de 80, fatos que contribuíram para uma substancial transformação, a sua passagem de fato a ensino superior, mudança curricular em 1972, caracterizada sobre tudo pela introdução das habilitações em médico-cirúrgica, obstetrícia e saúde pública. (SILVA, 1989).

SILVA (1989), descreve ainda que com isto a enfermagem passa por um processo de cientificação e busca discutir o objeto de trabalho da enfermagem e ao atuarem nos diversos níveis de saúde do País, os enfermeiros diversificam e direcionam suas ações de acordo com os valores culturais e condições sócio econômica do ambiente onde estão inseridos, procurando através do ensino, administração ou assistência, interagir com o paciente como ser integral inserido em sua comunidade, contribuindo com isso não só com sua condição de saúde, mas também com a melhoria de sua qualidade de vida.

Um dos exemplos destas conquistas e/ou evoluções, foi a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança (PAISMC) na década de 80 e posteriormente, de forma incisiva, o PACS e PSF, em 1994. Estes programas estabelecem a importância do enfermeiro para o desenvolvimento de suas ações, pois é exigido sua presença nas equipes multiprofissionais onde participa do planejamento, implantação, desenvolvimento e avaliação, destes programas do nível central até o local.

Para isso, eles devem estar preparados para enfrentar as diferenças e atender as necessidades de saúde das famílias em seu contexto sócio-econômico cultural, propiciando-lhes oportunidades, para obterem melhores condições e qualidade de vida.

Tal é a importância do enfermeiro no PSF e PACS, que sua presença é exigida na equipe destes programas, onde desenvolve relevantes ações para melhoria das condições de saúde, qualidade de vida e da formação da cidadania da população.

Diante do exposto estarei apresentando a forma de atuação do PSF e PACS, segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde.

3.2 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

O governo brasileiro, enfrentando inúmeros casos de cólera na região do nordeste do País, apresentou como um dos encaminhamentos para a atenção a saúde desta população o PACS, pois a ação de enfrentamento do problema instalada necessitava dos profissionais de saúde para o controle e combate a doença, evitando prejuízos desde a saúde até a economia local. Estes problemas, que poderiam ser minimizados com a conscientização da população por meio dos esclarecimentos quanto às formas de contágio e medidas de controle e prevenção.

O PACS direcionou os encaminhamentos de soluções, pois tendo como objetivo central incorporar ao SUS agentes comunitários de saúde, preferencialmente auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar fatores determinantes do processo saúde/doença; desencadear ações de promoção à saúde e prevenção de doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim com a comunidade, no processo de aprender e ensinar à cuidar da sua própria saúde, o MS atingiu o objetivo como mostra as informações epidemiológicas da época, retratando a diminuição dos números de casos infectados, o diagnóstico precoce e em algumas áreas o controle da doença (BRASIL, NORMAS E DIRETRIZES, 1994).

Após esta experiência, pretende-se com o PACS, estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil e respeitando as diferenças e realidades locais, passando do nordeste para todo território brasileiro.

O PACS é um programa Ministerial, porém com participação de todos os níveis de administração pública, onde a estruturação do programa estabelece as competências em âmbito Nacional, Estadual e Municipal:

- Nacional: prestar assessoria técnica para a implantação do programa; desenvolver articulações para desenvolver o processo de

profissionalização dos ACS em nível de auxiliares de enfermagem; bem como garantir a educação continuada dos coordenadores; instrutores/supervisores e ACS; implantar sistema de informação, acompanhamento e avaliação das ações do PACS; financiar a manutenção do programa em nível dos estados e municípios.

- Estadual: incentivar a implantação do programa nos municípios; participar das articulações para a profissionalização dos ACS, estabelecer critérios para a distribuição geográfica dos ACS, supervisionar periodicamente os municípios para acompanhar o programa; elaborar planos de trabalho, em conjunto com as secretarias municipais, cadastrar as unidades de saúde no Sistema de Informação Ambulatorial/SUS - SIA/SUS, para possibilitar o faturamento das atividades desenvolvidas pelos municípios, na produção ambulatorial, como Piso da Atenção Básico - PAB.

- A instância municipal/local: é a base operacional de todo o programa. Nela deve-se constituir uma gerência local, para determinar as áreas de atuação; acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos; implantar o sistema de informação e integração nacional; participar do processo de profissionalização; planejar as ações que serão desenvolvidas a partir das bases epidemiológicas. (BRASIL, NORMAS E DIRETRIZES, 1994).

Aos ACS, cabe a tarefa de cadastrar as famílias de sua área de atuação; estimular continuamente a participação popular,

principalmente nas questões relativas à melhoria de vida; informar as unidades básicas a que está vinculado dos problemas detectados; realizar visitas domiciliares; reuniões de grupos; acompanhar a evolução de gestantes e nutrizes; crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos (sob a supervisão de um profissional coordenador); orientar a população sobre a utilização adequada dos serviços de saúde, entre outras. (BRASIL, PROGRAMA...,1994).

3.3 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Com o sucesso alcançado pelo PACS, o MS lança o PSF com o propósito de promover o acesso à saúde de milhões de brasileiros, os quais estão excluídos do processo, expostos a maior risco de adoecer e morrer, enfim, de brasileiros que vivem a margem de qualquer sistema de saúde e, portanto necessitam que profissionais capacitados e comprometidos, lhes propiciem oportunidades de promoção da saúde, construção da cidadania o que lhes oportunizará melhores condições de vida.

No PFS as equipes são constituídas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, podendo estes números variar de acordo com a realidade local. O PSF orienta ainda que os médicos, o enfermeiro,

auxiliares e agentes comunitários, residam em sua área de atuação, trabalhando em regime de dedicação exclusiva, ou seja, oito horas diárias. (BRASIL, PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1994).

Tem como objetivo melhorar o estado da saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção à saúde baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS e é dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes do PSF têm como objetivos:

Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida;

Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à população, num enfoque comunitário;

Prevenir as doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta;

Fornecer atenção integral, oportuna e contínua de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde, à população da área de abrangência seja a nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar;

Atender a população da área de abrangência, preferencialmente através de agendamento, obedecendo às normas dos programas de saúde existentes, preservando, entretanto, a possibilidade de atendimento eventuais e domiciliares;

Buscar a humanização do atendimento e, através do relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação ao usuário;

Racionalizar o acesso e fluxo interno do sistema de saúde (do nível de atenção primária até o de maior complexidade);

Estimular a extensão da cobertura e aumento do atendimento no sistema de saúde;

Garantir aos profissionais do PSF, supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamento para aprimoramento;

Divulgar, fundamentalmente, junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como as informações sobre os fatores determinantes das doenças;

Incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, (BRASIL, PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1994).

Fazem parte deste programa as seguintes ações:

3.3.1 Atendimento na comunidade

É uma das atividades realizadas durante o cadastramento das famílias, na identificação dos fatores de risco, nos levantamentos e análises de dados, nos momentos de ações educativas, na promoção e participação no controle social e em muitas outras atividades, que envolvam as comunidades, sendo que algumas destas atividades estão descritas a seguir.

3.3.2 Diagnóstico de saúde da comunidade

A equipe realizará o cadastramento e o diagnóstico de saúde da comunidade de sua área de abrangência, de modo que possibilitem organizar e planejar as atividades de proteção, promoção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, bem como, gerar informações para atualização, análise e diagnóstico da situação local.

3.3.3 Visita domiciliar

É uma ação essencial ao processo de vigilância à saúde e integração entre a equipe do PSF e a comunidade. As visitas serão realizadas pela equipe de forma programada, segundo critérios epidemiológicos, ou, quando solicitadas, com a finalidade de acompanhar e avaliar as condições de saúde das famílias.

3.3.4 Internação domiciliar

Em casos de doenças crônicas, de baixo risco ou pacientes em fase de recuperação, este procedimento deverá ser estimulado sempre que as condições clínicas o permitam, a critério da equipe do PSF e da família. A internação domiciliar visa o bem-estar e humanização dos cuidados.

3.3.5 Participação em grupos comunitários

As equipes de saúde deverão estimular e participar de reuniões em grupos abordando temas pertinentes aos princípios do programa, à organização e controle social, à incorporação do saber popular e à solução dos problemas prioritários da comunidade.

3.3.6 Atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS)

Nas unidades básicas de saúde, a atenção à saúde ocorrerá tanto para a demanda espontânea como para a organizada; os programas de saúde serão adequados às necessidades locais, priorizando os problemas identificados, pelas equipes de trabalho.

Por estar acompanhando a Reforma Sanitária Brasileira nos últimos anos, temos a consciência que, nas inúmeras tentativas de

mudanças, nos deparamos com problemas específicos quanto à dimensão do território nacional, diferenças culturais, políticas, econômicas, sociais, entre outras.

Lembro que estou procurando conhecer uma estratégia do Sistema Único de Saúde, composto por 26 Unidades da Federação e o Distrito Federal, que apresenta níveis diferentes de gestões da saúde, tanto em nível estadual como municipal, em todo o seu território. É aceitável, portanto, que estas estratégias apresentem diferenças, quanto as suas formas de implantação, de atuação e implementações, porém as diretrizes do sistema devem ser respeitadas. Entre elas encontra-se a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, que deverão servir de base para as ações das equipes que, apesar das citadas diferenças estruturais, buscam mudanças deste modelo assistencial tradicional, curativo e centralizador, fundamentado na doença.

Quando falamos em PSF e ACS, entendemos que para seu processo é necessário a atuação das equipes multiprofissionais, vinculadas a sistemas locais de saúde, comprometidas com o modelo e também da própria comunidade, que tem suas necessidades, mas que pode e deve contribuir com o processo.

Segundo Andrade (1998), quando falamos em parcerias, relacionados aos PSF e PACS, estamos nos referindo a entidades do setor público, que atuam para um interesse comum, entre os níveis de governo,

responsáveis pela saúde de sua população. Elas são fundamentadas em experiências anteriores como a atuação médica nas casas das famílias, experiências desenvolvidas em Cuba e adotadas pelo Brasil.

Atualmente, nestes programas, atuam profissionais e entidades governamentais que se utiliza conhecimentos técnicos científicos, aliados ao comprometimento da resolutividade, pois conhecem a realidade do sujeito, atendido e suas condições de responder ao atendimento recebido executando suas orientações e prescrições.

Para o Ministério da Saúde, o PSF, e PACS elegem como ponto central de suas ações o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

A Reforma Sanitária da Saúde, onde estão inseridos estes programas, busca abranger a saúde da população de forma integral e em dimensões coletivas, em todo o território nacional.

O modelo de saúde proposto tem avançado nas práticas assistenciais e considera a necessidade de aprofundar alguns aspectos das novas práticas do cuidar da enfermagem, principalmente, as estabelecidas nos PSF e PACS.

Segundo STROZZI (1997), estes programas representam, etapas de evolução do sistema, obedecem uma seqüência lógica, onde

primeiro foi colocado em prática a proposta dos ACS, verificando-se, posteriormente, a necessidade de analisar os territórios de atuação de cada um deles.

Após isso, poderão ser realizadas oficinas de territorialização, as quais darão maior sentido e eficácia aos trabalhos dos PACS. Contudo, os PACS continuaram enfrentando situações para as quais não estavam preparados, ficando angustiados por saber que as unidades não estavam equipadas para atender esta demanda.

Na procura da solução para este problema, o MS recorre a uma prática milenar, que foi ressuscitada por alguns países que é a Saúde da Família.

Segundo SPINK & CLEMENTE (1997), o PSF, também é comumente chamado de "médico da família", e que esta experiência encaixa-se na perspectiva de construção do SUS e também, corrobora as idéias de FREIRE (1987), de que o homem não é um ser acabado. É sim que está em constante transformação buscando ser um "Ser Mais", e desta forma, realiza obras grandiosas ao recriar suas práticas, de forma pensada e discutida.

Nos últimos anos temos acompanhado um acelerado número de municípios brasileiros, que vem implantando o PSF em seu território, seja pelos incentivos financeiros obtidos do MS, conforme portarias nº3122 de 02/07/1998 e nº1329 de 12/11/1999, ou por acreditar na proposta de

atenção a saúde a partir de uma nova perspectiva de atendimento.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Movida pelo desejo de conhecer a realidade em que estão sendo desenvolvidos os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários, como estratégia para melhora do Sistema Único de Saúde, decidi realizar Círculos de Cultura, porque é uma metodologia aberta que permite que os enfermeiros exponham suas realidades, com a finalidade de refletir sobre o seu caminhar na implementação, nestes programas, pois este autor afirma que: “no momento que entramos em uma sala escura, ao acender a luz, não mudamos a realidade da mesma, mas que temos a oportunidade de ver e ler nosso mundo diferente”. (FREIRE, 1987).

Esta pesquisa foi desenvolvida, como os Enfermeiros da Regional de Saúde, na região norte do Paraná, com atuação nos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, valendo-me da metodologia de Freire, para descrever as formas de atuação dos enfermeiros envolvidos nos referidos programas. Onde foram analisados os desafios e alterações necessárias as novas formas de atuação dos Enfermeiros. Acredito que a metodologia de Freire possa permitir conhecer as situações vividas, expectativas, problemas diagnosticados e descrever os encaminhamentos, visualizar parcerias e uniões entre profissionais que estão vivendo esta experiência.

O método utilizado para este estudo foi idealizado por Paulo

Freire, Paulo Reglus Neves Freire, o qual nasceu em Recife, Pernambuco, em 19 de setembro de 1921.

Freire iniciou o seu método de alfabetização, na época em que esteve participando do Movimento de Cultura Popular – MCP, no final da década de 50, em Recife. Ele teve outras experiências como educador, porém, este movimento marca sua vida de diversas maneiras, pois foi aí que encontrou várias pessoas que passariam a trabalhar e a reproduzir sua experiência.

O MCP onde Freire executava as experiências iniciais de seu método foi proibido de exercer suas funções, com o golpe militar. As experiências vividas não puderam ser apagadas ou esquecidas e ele ousou dar um significado diferente ao verbo educar, pois acreditou que era preciso educar por palavras, palavras que fizessem sentido ao educando, mas não um sentido literário distante de sua realidade, e sim palavras que dessem sentido a vida de seus alunos, conforme GADOTTI (1996).

Segundo SAUPE (1998), a obra de Freire não apresenta uma proposta teórica acabada, o raciocínio exato utilizado para se chegar ao conhecimento ou à demonstração de uma verdade, o que encontramos são conceitos, coerentes e exaustivamente trabalhados. Uma pedagogia libertadora e problematizadora, que ultrapassa os limites da educação enquanto disciplina social e passa a ser entendida como uma forma de ler o mundo, refletir sobre a leitura e recontá-lo, transformando-o pela ação

consciente. É quando ocorre esta ultrapassagem, da educação para o mundo onde os homens vivem, que nos é permitido usar a proposta de Freire em outras áreas, inclusive na Enfermagem.

Encontramos em LIBÂNEO (1992), a pedagogia de Freire classificada como libertadora também, ou seja, uma pedagogia que busca com o "ser", o conteúdo para aprendizado, acentuando a crítica do social, em confronto com as realidades vividas pelo grupo em que trabalhamos. Acredita que valor desta forma de aprender se dá, em função da participação em discussões e tomada de decisões como, por exemplo, em votações, após as discussões. E ainda em decorrência desta forma de praticar a pedagogia pode ser dita como uma prática não formal.

Mediante o exposto a metodologia de Freire permite um desenvolvimento de trabalhos em grupos, onde é possibilitando a troca de experiências, sendo que o indivíduo se nutre do grupo e o grupo cresce pela participação individual de cada elemento do grupo.

Com os resultados positivos das discussões em grupos populares, independente de serem ou não alfabetizados, Freire propõe a utilização desta metodologia para a alfabetização. Passa a chamar os momentos de sua atuação com os educandos, de círculos de cultura, quando sem uma programação rígida, passa a aprimorar seu método.

Segundo SAUPE (1998), o animador do círculo de cultura é a pessoa do grupo que vai se colocar e ser colocada como organizador das

questões básicas do encontro e providenciar os encaminhamentos que surgirem das relações e convívio dos componentes deste processo.

Segundo FREIRE (1996), seu Método consiste de três momentos de dialética interdisciplinarmente entrelaçados:

A investigação temática: pela qual os membros do círculo de cultura e o intelectual orgânico ou animador buscam, no universo, através do vocabulário dos participantes e da sociedade onde eles vivem, as palavras e temas centrais que os motivam a participar do círculo. Estes temas devem ser ligados à leitura da realidade dos participantes ou da população a ser trabalhada, pois isto tornará mais agradável a análise dos aspectos importantes, o animador poderá sugerir alguma mudança que achar necessário para motivar ou completar o trabalho do grupo, porém sempre respeitando o desejo dos membros do círculo. As palavras, ações ou os temas com as quais o grupo se propõe a trabalhar, os quais acreditam ser fundamentais para a compreensão do contexto de toda temática escolhida, foram chamados de “temas de dobradiça”.

A tematização ou codificação: onde os membros do círculo de cultura estarão codificando esses temas. O momento da codificação é o próprio debate onde estaremos representando aspectos da realidade, tanto o animador como o grupo deve buscar o seu significado social, ou seja, o "objeto" de análise tomando assim consciência do mundo vivido.

A problematização ou descodificação: este momento é para analisar a codificação, "refletindo a realidade", fazendo a "leitura e releitura da realidade", é quando o animador e os integrantes do círculo, juntos, superam as formas ingênuas de compreender o seu mundo, uma primeira visão mágica por uma crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

4.1 CONCEITOS

Na elaboração dos passos para aplicação desta metodologia senti necessidade de apresentar o que Freire entendia por círculo de cultura, ser mais, "tema dobradiça" e intelectual orgânico ou animador, segundo BRANDÃO; BEZERRA & WANDERLEY (1980).

4.1.1 Círculo de cultura

Uma escola diferente, onde se discutem os problemas sentidos tanto pelos educandos como pelo educador. Nele não existe o professor tradicional, "bancário", que tudo sabe, nem o aluno que nada sabe. Nem tão pouco pode existir as lições tradicionais que só vão exercitar a memória dos estudantes. O círculo de cultura é realizado em

um lugar - junto a uma árvore, na sala de uma casa, numa fábrica ou na escola, onde um grupo de pessoas se reúne para discutir sobre sua prática, seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar, dentre outros assuntos, ou seja, o que for de interesse do grupo. Nele, os grupos que se reúnem, aprendem a ler e escrever, no mesmo tempo que aprendem a "ler" (analisar e atuar) sua prática. Os círculos de cultura são unidades de ensino que substituem a escola tradicional de ressonância infantil ou desagradável para pessoas adultas.

4.1.2 Ser mais

É o propósito básico da procura permanente do homem como ser incompleto. Nesta busca para ultrapassar seus limites, o homem muda a si e suas relações, pois nunca atua isoladamente, necessita de outros seres humanos para a sua sobrevivência, e ao alcançar seus objetivos propostos, descobre outras limitações e novas maneiras de ultrapassá-las. Assim podemos afirmar que ele, realmente está sempre na busca do ser mais.

4.1.3 Tema de dobradiça

Refere-se a assuntos que os integrantes dos círculos de cultura consideram importantes para que o tema central, proposto para a

discussão, esteja completo. Esta também é uma das tarefas do intelectual orgânico, identificar os temas geradores e/ou centrais e os temas dobradiças.

4.1.4 Intelectual orgânico ou animador

Segundo FREIRE (1987), é aquele que tem a função de abrir o leque, permitir que os participantes do círculo de cultura, que entenda seus problemas dentro de um contexto mais dinâmico, histórico e global do processo de sua atuação. É quem acompanha todos os momentos para entender os períodos de evolução do grupo, identificando quando estão no período de investigação temática, tematização e problematização ou descodificação. É quem completa as atividades, vinculadas ao círculo antes, durante e após o seu acontecimento.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo FORTES (1998), ética estabelece normas para as relações sociais do homem que garante a união e a harmonia individual e coletiva.

Na atualidade existem múltiplos determinantes para se estabelecer as relações dentro da nossa sociedade. Não é diferente quando discutimos as necessidades, os métodos e aplicabilidade dos resultados das pesquisas, seja ela em qualquer campo.

Segundo ANGERAMI-CAMON; FEIJOO & CHIATTONE, (1997), particularmente no campo da saúde existem várias compreensões, interpretações e uma série de instrumentos que estabelecem estas relações.

Em particular nesta pesquisa, contamos com dois fatores de muita relevância: campo da saúde e setor público, onde podemos constatar que a participação dos enfermeiros, que dependeria grande parte da aprovação dos Secretários, pois alguns dos gestores poderiam não ser adeptos da prática dos círculos, onde os enfermeiros estariam refletindo os princípios que norteiam as suas práticas. Observando estes fatores para realizar uma pesquisa "ética", pautei-me nas Normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com Seres

Humanos, (ANGERAMI-CAMON; FEIJOO & CHIATTONE, 1997).

Para a viabilização desta proposta, foi discutida com a direção da Regional de Saúde do Norte do Paraná, a minha preocupação com o modelo de saúde vigente e foi explicado o trabalho que eu desejava realizar. Informei, também, que se tratava de uma pesquisa para avaliação do Sistema de Saúde local e que seria oportunizado a os enfermeiros a busca do seu "Ser Mais", através da leitura de seus momentos de atuação profissional os quais desejava discutir com eles. No desenvolvimento dos círculos de cultura, seria discutindo com os enfermeiros, que fazem parte desta Regional de Saúde suas vivências no PSF e PACS.

Constatei que a Regional está engajada no processo de evolução deste sistema e comprometida com os sistemas municipais de saúde de sua região, pois a direção propôs a parceria em todos os momentos da realização deste projeto.

Iniciei o contato com as Secretarias Municipais de Saúde, que compõem a Regional de Saúde, o qual foi realizado, durante a Reunião de Vigilância Epidemiológica, onde participaram todos os Secretários e técnicos, da referida regional, para avaliação da cobertura vacinal de seus municípios.

Posteriormente foi exposto aos Secretários Municipais de Saúde, o conteúdo da pesquisa e solicitado sua participação, liberando os

profissionais enfermeiros de suas atividades habituais, nos dias que foram agendados para os Círculos de Cultura. Eles foram esclarecidos que a participação dos enfermeiros teria de ser livre e de espontânea vontade.

Informei, também, que os círculos de cultura, seriam agendados com antecedência, de acordo com a disponibilidade dos componentes do grupo, respeitando datas de compromissos locais e priorizando as datas que os profissionais deveriam estar no município sede da Regional. Combinamos que a agenda de trabalho seria comunicada às Secretarias, através de ofícios expedidos pela Regional de Saúde antecipadamente.

A seguir foi enviado um ofício às Secretarias e/ou Autarquias Municipais de Saúde e aos profissionais Enfermeiros explicando o objetivo do trabalho e como este seria realizado. Foi solicitado neste ofício à oportunidade e a viabilização, por parte das Instituições, da participação dos enfermeiros que atuam em Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde em seus municípios, a confirmação do desejo dos enfermeiros de participar, nesta pesquisa, (anexo1).

Posteriormente, foram encaminhados ofícios com sete dias de antecedência a cada círculo de cultura, para que os enfermeiros

pudessem agendar-se ou justificar uma possível ausência, (anexo 2).

Após estas providências foi agendado horário e local do primeiro encontro com o grupo, onde foi dado início às atividades propostas utilizando a metodologia de Freire – Círculo de Cultura.

No dia anterior ao Círculo, entrei em contato via telefone com cada Enfermeiro, que estava vivendo o processo de implantação ou implementação dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Quando esclareci o motivo do convite e o que aconteceria durante o encontro (círculo de cultura), a idéia inicial era confirmar a presença no círculo de cultura, bem como, informar aos enfermeiros que os secretários municipais de saúde já estavam cientes da pesquisa e que não tinham apresentado objeções formais ao processo.

Para o desenvolvimento deste trabalho, já no primeiro círculo de cultura após esclarecer os enfermeiros, que apresentavam dúvidas quanto aos passos e objetivos da pesquisa, foi solicitado que assinassem uma autorização através do Termo de consentimento livre, esclarecido (anexo 3). Posteriormente estes 21 enfermeiros, responderam o "Questionário de identificação dos enfermeiros que atuam nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família" (anexo 4).

Com o questionário de identificação dos enfermeiros, foi possível a caracterização dos enfermeiros como a identificação nominal, idade, tempo (em anos), de conclusão da graduação, tempo de atuação em

programas PSF e PACS, vínculo empregatício. Se, na formação acadêmica, recebeu instruções específicas para atuação nos programas PACS e PSF. Quanto às atividades desenvolvidas, se o enfermeiro estava trabalhando exclusivamente nos programas do PSF e PACS.

Após o consentimento livre e esclarecido da população participante, foi explicado que estaríamos utilizando a metodologia de Freire, para desenvolver a pesquisa.

Iniciamos o trabalho de construção dos “temas geradores”, sugeridos pelo grupo. Os temas foram sendo construídos a partir das experiências relatadas, explicações referentes aos locais de trabalho, diferenças culturais das populações atendidas, envolvimento ou não das organizações populares locais, reflexões quanto aos encaminhamentos políticos institucionais, envolvimento do gestor local nos programas, áreas de abrangência dos programas, salários dos profissionais, condições de trabalho entre outros temas sugeridos e desejados, pelo grupo, o que veio ao encontro do preconizado por Freire.

Estes temas acima citados foram listados por ordem de prioridade do grupo, quanto às suas necessidades, ansiedades e outros critérios não mencionados.

Eles foram distribuídos em cinco círculos de cultura, os quais foram agendados inicialmente em intervalos semanais, local e horário previamente estabelecidos e conhecidos por todos.

Entendendo que é fundamental, para o sucesso do trabalho, captar os relatos dos participantes, em sua integridade, utilizei o gravador durante a realização de todos os Círculos de Cultura, para o qual foi solicitado a permissão verbal do participantes.

A produção escrita do grupo, material produzido coletivamente durante os círculos de cultura eram entregues no final, realizado a leitura e solicitado aprovação do conteúdo. Depois de solicitado o uso como material a ser utilizado nos relatórios de cada círculo, procurei ainda realizar "anotações mentais", de fatos ou observações que não eram passíveis de registros mecânicos, as quais foram transcritas em um diário de campo, ao término de cada Círculo de Cultura. As falas dos enfermeiros utilizadas para ilustrar como aconteceram os círculos de cultura, serão transcritas na íntegra, porém será respeitado o anonimato, bem como o seu município de atuação.

6 CÍRCULOS DE CULTURA - FONTE DE OBTENÇÃO DE DADOS

Para desenvolver este estudo, busquei entender se era possível refletir sobre as ações desenvolvidas, pelos enfermeiros que estavam atuando no PSF e PACS, sem que estes se sentissem avaliados em suas atitudes profissionais pelo simples fato de estarem atuando segundo o preconizado ou não pelo MS, mas se os enfermeiros estavam considerando o homem e o mundo. E o processo de trabalho em que estavam inseridos. Para esta reflexão acreditei que a metodologia de Freire nos daria sustentação para acompanhar e discutir as realidades a serem refletidas.

6.1 *DESENVOLVENDO OS CÍRCULOS DE CULTURA.*

Em nossa realidade, nos primeiros círculos propusemos aos enfermeiros que comungavam das mesmas propostas de trabalho, PSF e PACS, para que buscassem os temas centrais, para serem discutidos.

Baseado no referencial metodológico de Freire, o qual propiciava a participação dos enfermeiros, nos Círculos de Cultura, estávamos oportunizando a investigação temática, a tematização e posteriormente a problematização dos assuntos próprios que interferiam

na atuação destes enfermeiros nos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Situações ou problemas que foram surgindo, ao discutirmos as experiências vividas, por estes enfermeiros que eram discutidas no grupo, possibilitando soluções, e contribuições para a elaboração de novas práticas de enfermagem.

Nestes momentos os participantes estavam discutindo, compartilhando suas experiências e no coletivo procurando entender seu significado social e como estão inseridos em seu mundo.

6.2 LOCAL: MACRO E MICRO

Em instância macro, trata-se de uma Regional de Saúde, situada a região norte do Estado do Paraná; é composta por 19 municípios e possui 741.603 habitantes (estimativa IBGE/1999), sendo 432.257 residentes em seu município sede. Todos os municípios têm predominância de população urbana.

Esta Regional de Saúde possui um total de 106 unidades básicas de saúde. O Centro Regional de Especialidades, administrado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, está localizado no município sede oferecendo atendimento em 24 especialidades a demanda dos municípios

que compõe a Regional.

A rede hospitalar é composta de 32 hospitais, sendo 13 hospitais privados, 10 públicos municipais, 6 filantrópicos, 1 universitário e 2 públicos estaduais. A grande maioria dos hospitais é de pequeno porte com atendimento em clínicas básicas.

Quanto ao Programa de Agentes comunitários de Saúde está implantado em 18 dos 19 municípios com a participação de 127 agentes, já o Programa de Saúde da Família está implantado em 11 municípios com a atuação de 15 equipes.

O local micro, onde foram realizados os círculos de cultura é representado pelo Centro de Saúde no município sede da Regional de Saúde do Norte do Paraná, onde as atividades e programas desenvolvidos constituem referência regional.

Esta unidade possui administração Estadual, porém os profissionais que atuam nesta unidade, tem vínculos empregatícios com o município sede, estado ou órgão federal.

No primeiro círculo, a escolha do local foi feita por mim para o agendamento da sala e informação no ofício enviado as Secretarias e aos enfermeiros contendo o local, a data e horário. No primeiro encontro indaguei ao grupo, quanto a possibilidade de transferência de local, dentro do município sede ou ainda se preferissem em outros municípios, dentro

do território da Regional.

Os enfermeiros solicitaram que o local, não fosse móvel (em outros locais), em virtude do número de integrantes e que a distância média do município de origem do profissional convidado ao local de realização do primeiro Círculo de Cultura ser de 50 km. Além disso, os enfermeiros referiram que preferiam o município sede, pois facilitava o transporte tanto para vir, como para o retorno, pois normalmente havia ambulâncias ou outros veículos dos outros locais no município sede, sendo este escolhido para as reuniões.

Segundo FREIRE (1996), os participantes poderão estar reunidos em um grupo único ou divididos em grupos menores (múltiplo), para depois compartilhar o tema discutido com o grupo completo. Isto depende da escolha dos integrantes, em virtude do tema a ser abordado, números de integrantes, dinâmica utilizada. Referi que em alguns momentos estaríamos em posicionamento único ou múltiplo, não havendo objeção do grupo no momento.

6.3 PARTICIPANTES

Dos 23 enfermeiros, convidados para a pesquisa, participaram dos círculos de cultura um total de 21 enfermeiros que atuam em Programas como Saúde da Família e de Programa Agente Comunitário

de Saúde, nos municípios que compõem a Regional de Saúde da região norte do Paraná, porém estiveram presentes em média 16 enfermeiros, nos cinco círculos de cultura realizados, houveram faltas justificadas por: campanha de intensificação vacinal em um determinado bairro do município, na semana do círculo; dia de folga do profissional; dificuldade de transporte para vir até o município sede; doença do filho; licença maternidade e não recebimento do ofício de convocação.

Os critérios de seleção dos participantes para os círculos de cultura eram: ser enfermeiro, atuar em um dos 19 municípios da Regional de Saúde da região norte do Paraná, trabalhar em programas de PSF e PACS, mesmo que sua atuação profissional não fosse exclusiva nestas estratégias e por último algum enfermeiro interessado, desde que atuasse na região.

Solicitei aos enfermeiros participantes o preenchimento de um questionário, para a caracterização da população deste estudo (anexo 4).

De posse dos dados, pude constatar que entre os enfermeiros que estavam participando desta pesquisa, em relação ao tempo que estão graduados em Enfermagem é em média de 9 anos;

Sendo que o tempo médio de atuação em Saúde Pública era de 6 anos.

Porém, quanto, atuação no PSF e PACS, 17 deles, ou seja, 81% da população atuava no PSF, sendo que em relação ao tempo médio há que estavam atuando é de 2 anos e 4 destes enfermeiros ou seja 19% não atuam no PSF.

Quando questionados se estão atuando no PACS, constatei que do total de 21 enfermeiros, 20, ou seja, 95% atuam no PACS, sendo que 1 ou seja 5% não atua no PACS, isto se deu a termos na Regional de Saúde um município que não implantou nenhum dos programas e municípios que implantaram em parte do território de seu município o PSF e em outra o PACS.

Em relação ao questionado, se em sua formação enquanto Enfermeiros foram instrumentalizados para atuar no PSF e PACS, 18 deles, ou seja, 86% informou que sim, 3 ou seja, 14% informou que não. Em relação a este item, os enfermeiros que afirmaram ter sido instrumentalizados para atuar no PSF e PACS consideram experiências na graduação que hoje os ajudavam a atuar nestes programas, porém deixaram claro que na sua formação não havia a proposta concreta do programa para atuarem como discentes.

Quanto à participação de profissionais em treinamento para a implantação do PSF e PACS, em seus municípios de atuação, 18 dos enfermeiros relataram que eles foram treinados, ou seja, 86% . Porém 3 ou seja 14 % disseram que não foram, 2 porque não estavam atuando no

município e 1 porque não atuava na área de Saúde Pública, na época.

Em relação a sua atuação profissional, restrita aos referidos programas, tanto no PSF e/ou PACS, 4 informaram que atuam somente no PSF ou no PACS, representando 17% da população, sendo que 17 ou seja 81% dos enfermeiros atuam no PSF ou PACS e em outras atividades da Secretaria Municipal de Saúde.

Quando questionados se acreditavam nas propostas do PSF e PACS, como uma proposta de reorganização da atenção básica do SUS, 21, ou seja, 100% dos enfermeiros disseram que acreditam na proposta, desde que seja seguida a norma ditada pelo Ministério. (BRASIL, PROGRAMA...,1994).

Após a análise destes dados constatei que estes enfermeiros eram significativos para a reflexão sobre o caminhar do enfermeiro na implantação do PSF e PACS.

6.4 REALIZANDO CÍRCULOS DE CULTURA.

Foram realizados cinco círculos de cultura os quais são discutidos a seguir, com destaque para as principais contribuições para o crescimento coletivo e individual dos enfermeiros.

No primeiro dia estavam presentes 17 enfermeiros, sendo que estes foram nominados por mim, aleatoriamente, com nomes fictícios. O nome escolhido acompanhou sempre a mesma enfermeira em todas as suas falas durante todo o trabalho. Lembro que os enfermeiros presentes eram os que estavam cadastrados como coordenadores dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários da Região, com exceção uma que não era coordenadora, pois em seu município não havia sido implantado nenhum dos Programas.

6.4.1 Primeiro Círculo de Cultura.

Quando pensei neste primeiro Círculo de cultura, senti necessidade de elaborar uma proposta de trabalho não-formal, a proposta teria que ser flexível para as alterações que pudessem ocorrer, desde que não saíssemos do objetivo principal, que seria refletir os pontos críticos, encontrados pelos enfermeiros da Regional de Saúde da Região norte do Paraná, que atuam nos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, com a finalidade de reforçar suas ações e minimizar seus problemas.

Alguns minutos antes de iniciar o primeiro círculo, arrumei a disposição das cadeiras na sala de forma circular, para que quando os enfermeiros chegassem fossem sentando em um círculo, isto facilitaria a proximidade física dos mesmos, não permitindo que procurassem lugares

afastados, evitando assim sua auto exclusão, pois não havia cadeiras fora do círculo. A proposta programada foi:

1) Apresentação e esclarecimentos necessários quanto à proposta do projeto de trabalho a ser realizado;

2) Apresentação individual dos enfermeiros presentes.

3) Assinatura do termo de consentimento e comprometimento livre e esclarecido, dos profissionais que aceitaram fazer parte da pesquisa.

4) Dividir o grupo em dois grupos menores, de forma aleatória, orientando que neste momento os enfermeiros deveriam:

- Conceituar o ser humano escolhido para esta pesquisa, ou seja, o enfermeiro que atuam nos Programas de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde;

- Definir suas funções;

- Listar os problemas encontrados pelos enfermeiros durante a implantação e implementação dos referidos programas;

- Priorizar os problemas levantados;

- Propor soluções e encaminhamentos.

O círculo de cultura deu início com a presença de 17 enfermeiros, as apresentações aconteceram de formas extremamente descontraídas, não se limitaram a uma apresentação formal, informaram seu estado civil, se tinham filhos, netos ou ainda o que tinham feito no dia anterior e se estavam ou não cansados.

Durante a apresentação tivemos posicionamentos favoráveis à iniciativa da pesquisa e apoio quanto ao tema, pois o grupo afirmou que acreditava na relevância do tema a ser pesquisado e que para eles estava sendo um momento muito importante, pois pela primeira vez se encontravam com tantos outros enfermeiros com atuação em Saúde Pública, para refletir sobre assuntos pertinentes a área.

"Acredito que nós Enfermeiros temos necessidade de decidir como devemos trabalhar, pois já temos muita experiência. O que nos falta é poder de decidir". (Florence).

"Poderei ter dificuldades para estar aqui em algumas reuniões porque hoje eu atuo na realidade como a maioria dos profissionais aqui, não num lugar ou no outro mas nós, os enfermeiros, estamos atuando no hospital e na Saúde Pública, dando o chamado "banho de gato". É o que temos e queremos que façamos". (Vânia).

"Ora !! Diga a verdade se seus administradores não reclamam que você participa de muita reunião[...]". (Vitória)

"O principal não falam[...] que somos os únicos profissionais que estamos lá disponíveis e comprometidos[...] prontos a participar de todas as reuniões e sem falar que é o que está apto a entender as reuniões, não por que os outros não tem capacidade mais sim porque não tem tempo[...]". (Vitória).

"Não adianta nos deixar ou mandar fazer os cursos e participar das discussões, o que queremos, pelo o que estou entendendo, é ter apoio técnico, mão de obra mesmo[...] para colocar em prática";(Wanda).

"Não devemos nos angustiar pois temos que entender que sempre terão objetivos políticos, técnicos e os da comunidade, que nem sempre

estão na mesma direção" . (Lúcia).

"Posso falar de novo? Isto está parecendo as reuniões do GEMPA (Grupo de enfermeiros do Médio Paranapanema), que tem como proposta de reciclar [...] trabalha da seguinte forma[...] se tem um enfermeiro com problemas para desenvolver um grupo como de hipertensos, diabetes, de puericultura e outros ou ainda um trabalho, ele pode apresentar o problema em uma reunião e todos contribuem com experiências e sugestões ou ainda alguns enfermeiros se dispõem a ir no município vizinho e por "a mão na massa", junto com o companheiro. Porém isto depende muito dos Secretários[...]". (Florence)

Nosso primeiro círculo de cultura foi tomando corpo, senti que o grupo estava à vontade e que a participação era descontraída e produtiva. Talvez isto tenha acontecido, porque a maioria destes profissionais já se conhecia, pois há alguns anos encontram-se em reuniões ou cursos promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde e ou Regional de Saúde.

Informei o quanto era importante para eu estar fazendo esta pesquisa e solicitei a parceria do grupo como parte principal do processo, pois se eles não concordassem em participar da pesquisa, esta seria inviabilizada. Neste momento, a maioria manifestou seu desejo em participar.

Após, continuei o trabalho e solicitei, para os que se consideravam esclarecidos e livres, assinarem o termo de consentimento. Expliquei que era necessário por tratar-se de pesquisa com seres humanos. Houve a assinatura dos 17 enfermeiros presentes, alguns neste momento solicitaram mais esclarecimentos quanto ao termo "círculos de

cultura". Expliquei que este era o termo utilizado por Paulo Freire, quando estava reunido com grupos de trabalho, que nossas reflexões estariam acontecendo à luz dos princípios de Paulo Freire, portanto este era o motivo porque nossos encontros eram denominados círculos de cultura.

Após ser garantido o sigilo relativo às contribuições individuais manifestadas durante as discussões dos itens propostos solicitei permissão aos enfermeiros presentes para utilizar gravador com o objetivo de facilitar o trabalho de interpretação e decodificação dos dados obtidos durante os círculos de cultura. Os profissionais disseram que não gostariam de serem identificados nominalmente, mas solicitaram que fosse lido o que ali fosse discutido, pois entendiam que suas contribuições seriam importantes para uma análise das formas de condução das estratégias em pauta, as quais vinham de encontro com os pressupostos de vários profissionais que estavam presentes.

A próxima etapa do trabalho foi desenvolvida em grupo, quando coloquei como proposta a conceituação do "Ser humano" em discussão.

A participação não demorou a acontecer e me surpreendeu, pois eles questionaram se não seria mais coerente conceituar primeiro o Enfermeiro que atua em Saúde Pública, e a partir daí realizar-se-ia a conceitualização do enfermeiro que desenvolve ações no PSF e PACS. Depois de ser acordado as formas que seriam conduzidas os trabalhos, o

grupo foi dividido em dois, um com nove e o outro com oito integrantes.

Lembro que neste momento ocorreu a primeira alteração da programação, com a participação da maioria do grupo e seu consentimento.

O próximo passo foi distribuir o material necessário e solicitar que eles elegessem um relator e que realizassem as anotações finais em conjunto, onde deveria estar expresso os dois conceitos que seriam discutidos e posteriormente compilados, ou seja, o conceito de enfermeiro de Saúde Pública e de enfermeiro de Saúde Pública com atuação em PSF e ACS.

Nesta etapa do trabalho transcreverei falas dos grupos, antes de concluírem os trabalhos.

"A diferença de quem trabalha na ponta é grande[...] da de quem trabalha a nível central, pois quem está na ponta tem que ser polivalente, um faz tudo. E no nível central ele é responsável por parte do processo, ou por determinada atividade. Portanto este tem mais chance de ser politicamente correto, pois ele sabe quais os encaminhamentos[...] pois tem que ter jogo de cintura[...] por isto acho que no nível central você é técnico mas não pode ser político, na ponta você tem que saber ser político[...] eu vou comendo pelas beiradas[...] não que eu acho que tem que ter dois conceitos [...] mas tem que ter está diferenciação[...]" .(Ana).

"Quando saí da Universidade[...] achava que o profissional só precisava fazer curativo, injeção[...] com menos recurso que no setor privado[...] não tinha noção de que devia saber de onde vinha a doença e como e porque certos grupos eram mais propensos a doenças[...] Era coisa que a gente não sabia na época, pode parecer estranha mas não era discutido[...] para nós saúde era isto e doença era aquilo[...] tá bom lá íamos cuidar da doença[...]" .(Lúcia).

"Hoje temos que trabalhar as propostas[...] percebendo as interferências destas propostas[...] O secretário assume uma

determinada proposta e devemos saber analisar se vai mudar a realidade ou não[...]" .(Lúcia).

"Olha!![...] eu estou entendendo[...] o que você está falando[...] é que no momento que você atende a demanda onde deve ser atendida [...] então não estamos só atendendo, mas sim intervindo[...] às vezes a pessoa não dá importância para isto mas só isto é importante, pois neste instante , posso estar prevenindo o que vai levá-lo a estar doente, isto é cuidar diretamente[...] porque se eu disser para não derramar esgoto aqui[...] onde pegam água para beber[...] não vai deixar adoecer[...] são aquelas cinco ou dez crianças que na semana que vem vão estar no posto para você cuidar de gastroenterite, cólica intestinal, parasitose[...] se você fica no posto só recebe e não tem idéia de onde vem [...] não dá para programar [...] depois quando a população se acostuma com você lá[...] ficam aguardando e procuram mostrar as diferenças da última vez[...] como uma horta[...] alguma coisa que foi alertada[...]" .(Aucely).

"Vamos passar tudo isto para o papel, porque na verdade o que estamos conceituando é o Enfermeiro de Saúde Pública[...]" . (Aucely).

As definições de cada grupo foram fixadas em uma das paredes da sala, ao lado de um papel em branco onde seria transcrito, por um dos enfermeiros escolhido como relator de grupo, o conceito final após reflexão de todo o grupo.

O primeiro conceito discutido foi o Enfermeiro de Saúde Pública:

"É o profissional com o perfil e com qualificação técnica, política para trabalhar com a comunidade a interação Saúde x Doença" .
Grupo A.

"É um profissional teoricamente capacitado para gerenciar uma Unidade Básica de Saúde, com qualidade humanizada para o cliente e

sua equipe. Encontra-se, muitas vezes, lidando com suas limitações e sua identidade profissional, porém auxilia no crescimento de sua equipe com criatividade, tanto quanto no fluxo da Unidade Básica de Saúde". Grupo B.

Após a apresentação dos conceitos dos dois grupos, iniciou-se uma discussão conjunta com a participação de todos, sendo que o resultado final, segundo os enfermeiros que participaram do primeiro círculo de cultura, desta pesquisa em 07/07, em uma Regional de Saúde da região norte do Paraná.

"Enfermeiro com atuação em Saúde Pública é o profissional com qualificação técnica e perfil para trabalhar com a comunidade e sociedade organizada, o processo saúde - doença e com a equipe multiprofissional. Um profissional que faz uso de instrumentos para conhecer a realidade local e atender de forma humanizada."

Assim retomamos ao conceito do Enfermeiro de Saúde Pública com atuação no PSF e PACS, onde repetimos o mesmo processo anterior:

"É o profissional que volta ao modelo original da Saúde Pública, voltada para a comunidade.". Grupo A.

"É o profissional que concilia além do seu perfil de enfermeiro da Saúde Coletiva, é mais. É um profissional com grande potencial de conhecimento, de educador, que tem a oportunidade de humanizar o atendimento as pessoas, pela vivência prática, na comunidade, conhecendo o ser humano com toda sua bagagem, que existe, por trás do paciente. É amiga que guia o Agente Comunitário de Saúde. O eixo da equipe.", Grupo B.

Apesar dos conceitos dos Enfermeiros de Saúde Pública já terem sido construídos pelo grupo, ainda houve participantes do Círculo de Cultura que externaram suas opiniões;

"O que a gente viu[...] é que não tem diferença nenhuma[...] está voltando às formas originais de Saúde Pública, na verdade não muda nada: Enfermeiro de Saúde Pública para Enfermeiro de Saúde Pública com atuação no PACS e PSF[...] está voltando o que a gente fazia antigamente na Saúde Pública... o que tem de novo [...] é a inversão do modelo que hoje nós temos[...]" Nelson

"É !![...] devemos voltar a antiga SUCAM, que ia fazer orientações, vacinar[...] de casa em casa[...] na verdade não mudou nada só implementaram instrumentos para a coleta de dados[...] para a gente trabalhar, mas não a lógica[...]" Florence

"Eu acho que o papel do enfermeiro é humanizar este serviço[...] talvez é o que está faltando[...]" Tereza

Após período de debate, os membros chegaram a conclusão que não poderiam conceituar diferente, como se tratassem de profissionais diferentes, pois neste momento acreditavam que as diferenças estariam nas funções e não no conceito do Enfermeiro de Saúde Pública e Enfermeiro de Saúde Pública com atuação nos programas citados. Portanto o conceito de Enfermeiro de Saúde Pública ficou assim definido:

"É o profissional com qualificação técnica, perfil profissional e pessoal, adequada para trabalhar o processo saúde-doença em equipe multiprofissional, comunidade e sociedade organizada. Um profissional que faz uso de instrumentos para conhecer a realidade local e atender de forma humanizada, sua população"

Prosseguindo com o Círculo de Cultura e estimulando o

raciocínio dos profissionais, solicitei que listássemos as funções dos profissionais envolvidos com PSF e PACS, pois acreditava que seria neste processo que surgiria a diferença.

Houve membros dos Círculos Cultura que neste momento propuseram o seguinte:

"[...] para facilitar o trabalho de sistematização de dados desta vez sugiro que [...] vamos citando as funções e alguém vai transcrevendo os itens [...] após a conclusão seja feita a leitura do documento e aprovação em grupo[...]" (Ana).

Este levantamento ocorreu com todos os participantes, sem divisões de grupos atendendo a solicitação dos mesmos. A seguir, iniciou-se a leitura das funções listadas do enfermeiro de Saúde Pública com atuação no PSF e PACS, às quais passamos a enumerar.

- 1) Conhecer as condições sócio políticas e econômicas de seu território de atuação.
- 2) Conhecer o cenário político administrativo de seu município.
- 3) Conhecer os serviços de apoio do sistema de saúde e da comunidade, para poder desenvolver suas atividades.
- 4) Colher dados relevantes para conhecer a comunidade e

para desenvolver as atividades de saúde.

5) Desenvolver as atividades pertinentes aos enfermeiros, segundo os indicadores de saúde desenvolvidos pelos setores competentes.

6) Embasar as ações desenvolvidas com os Indicadores de saúde, da área onde foi realizado o processo de territorialização, para determinar a área de implantação do PSF e PACS.

7) Planejar atividades e ações específicas, de acordo com os programas a serem implantados e implementados.

8) Desenvolver os Recursos humanos através da qualificação ou atualização da equipe de enfermagem.

9) Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, de acordo com a realidade local.

10) Participar no planejamento das atividades e ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde que atua nos referidos programas.

11) Atuar em conjunto com o controle social da comunidade, para poder subsidiar tecnicamente discussões pertinentes a área.

12) Assistir o cliente diretamente em suas necessidades, biopsíco-sócio culturais, entre outras.

13) Ser o elo de ligação entre equipe, comunidade e órgãos gerenciadores.

14) Supervisionar as atividades desenvolvidas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família da qual é membro.

Como animadora, me surpreendia a cada atuação dos integrantes do Círculo de Cultura, pois os enfermeiros discutiam o assunto e participavam, não havendo conversas paralelas. Eles se organizavam rapidamente davam suas contribuições, o que permitiu alcançar o proposto logo após as discussões.

Percebi a importância de não fazer programações rígidas dos conteúdos a serem discutidos, pois cada grupo tinha seus próprios caminhos a serem trilhados durante o decorrer dos círculos de cultura.

Este círculo não fugiu a regra, porém cumpriu com o propósito do dia, com as alterações que o grupo acreditou serem necessárias para melhor compreensão e consenso do significado de ser Enfermeiro com atuação nos PSF e PACS.

Ao desenvolver os trabalhos do primeiro Círculo de Cultura senti o que era ser uma animadora. É reunir falas, pensamentos e

sentimentos, que representam atos de cada um dos integrantes do grupo e descobrir suas dificuldades de expressão, ou de entendimento e assim, auxiliar a superação destas, para que este grupo pudesse construir crescimento coletivo. Descrevo, neste processo, como canalizar esforços dos participantes a um objetivo comum.

Deste modo, não importava se as atividades foram rigorosamente planejadas, por ansiedade do animador antes do círculo, como o fiz; o que importa é que ao estar realizando os círculos, o animador esteja preparado para mudanças substanciais em seu cronograma e programação, em detrimento da participação e interesse de todos, percebendo quando está ocorrendo a dominação por um determinado elemento, comprometendo assim a participação e interesse dos demais participantes. Deste modo devemos aproveitar adequadamente a primeira fala que surge e solicitar ao outro que dê sua opinião em relação ao tema em questão. O assunto deve ser mantido até que um dos integrantes do grupo faça uso da palavra e assim continuem com suas contribuições, até a construção do tema proposto pelo grupo.

Inicialmente, confesso que fiquei ansiosa, imaginando que estavam fugindo do tema proposto, porém, finalmente, reconheci que as mudanças ocorridas na programação foram fundamentais em relação ao tema e sua totalidade, propostos para este círculo de cultura. Houve necessidade de discutir as diferenças entre o "Ser

Humano" Enfermeiro de Saúde Coletiva e Enfermeiro com atuação no PSF e PACS para que o grupo concluísse que não havia diferenças na definição e sim nas tarefas executadas por estes enfermeiros.

Desenvolvendo este processo entendi que quando estava com o grupo, realizava a pesquisa do universo mínimo vocabular, que passou a chamar temática, o que se correlaciona hoje com a pesquisação, ou seja, de pesquisa participante. E que após este levantamento da temática poderia saber exatamente o que e como trabalhar, e como deveria elaborar o programa. (FREIRE, 1987).

Freire acreditava que a participação do seu público sem ansiedade e angustia, permitiria alcançar com mais intensidade e de maneira mais democrática o seu intento.

No final deste trabalho, acreditei que estava no caminho da reconstrução coletiva do método e passei então para a decodificação das falas gravadas, de onde surgiram os conceitos ditados pelo grupo.

É necessário lembrar que o conteúdo do programa que elaborei para ser discutido no primeiro círculo não havia sido discutido com o grupo, portanto já neste círculo o grupo desenvolveu as atividades segundo as suas necessidades e para leitura de seu mundo.

Avaliei posteriormente, que não poderia ter realizado o que

programei na íntegra, por conter muitas atividades para um único dia, e porque o grupo mostrou os "temas dobradiças", próprios para a contextualização do tema gerador proposto, sendo que estes foram respeitados.

As demais atividades propostas para este dia foram mantidas, sempre atentas às necessidades e propostas de outras atividades se os enfermeiros manifestassem necessidade de refletir sobre os demais temas.

6.4.2 Segundo Círculo de Cultura.

Neste dia ao arrumar a sala, antes dos enfermeiros chegar, tive o cuidado de não arrumar as cadeiras em círculo, para verificar como ocorreria à disposição dos mesmos. No círculo de cultura anterior os enfermeiros se mantiveram o tempo todo em círculo, mesmo quando dividimos o grupo, sendo que posteriormente voltaram a ficar em círculo em um único grupo. Para a minha surpresa, notei que os primeiros a chegarem, já foram se posicionando em círculo, mantendo algumas cadeiras vazias, dentro deste círculo, para que não houvesse interrupções durante a entrada dos que chegassem com atrasos.

Iniciamos a atividade com a leitura do resumo do documento, que elaborei, após a transcrição das fitas gravadas durante o primeiro Círculo. Neste resumo continha o resultado das discussões realizadas, ou

seja, o conceito de Enfermeiro de Saúde Pública com atuação em PSF e de ACS e suas funções.

Os enfermeiros que participavam do círculo, neste dia pediram para rever o conceito, pois gostariam que houvesse mudança, não no teor, mas na estrutura do texto. Reaberta as discussões, após um período de tempo de 30 minutos, o novo texto foi configurado da seguinte forma:

“É um profissional com qualificação técnica científica. Técnica quando realiza atividades pertinentes a formação profissional e científica, quando empregam no desenvolvimento técnico conhecimentos teóricos e práticos legitimados. Conta ainda, com perfil para atuar na comunidade e sociedade organizada no processo saúde doença. Este profissional está apto a desenvolver atividades em equipe multiprofissional e intersetorial. Faz uso de instrumentos de análise e avaliação do seu território, para melhor conhecer e atuar na realidade da população, de sua atuação ou abrangência. É um profissional que está sempre atento a qualidade de atendimento do cliente, pois acredita na forma humanizada de assistir”.

Após haver consenso em relação à construção do conceito do enfermeiro de Saúde Pública, foi notável no círculo de cultura o orgulho do grupo em relação a sua construção. Eles sentiram quem era, realmente, este "Ser humano", que acabaram de conceituar.

Após esta atividade, solicitei que o grupo se dividisse em grupos menores, para facilitar o trabalho, quando houve a solicitação de dois enfermeiros, para que continuassem todos juntos. Comprometeram-se a respeitar o uso da palavra, do companheiro.

Para este círculo, não trouxe uma programação como no círculo anterior, porém acreditava que poderíamos realizar o levantamento dos problemas que interferem em nossas ações de "Ser humano – Enfermeiro de Saúde Pública atuando no PSF e PACS", ou seja, do profissional que tínhamos acabado de conceituar, ou ainda retomar a programação do círculo anterior, pois as atividades que haviam sido previstos para o primeiro dia não tinham sido realizadas. Aguardei que os enfermeiros, que já haviam participado do primeiro círculo, e conseqüentemente sabiam como estávamos trabalhando, iniciassem o tema a ser refletido neste círculo.

Segundo FREIRE (1987), pesquisar é quando as próprias pessoas perseguem a curiosidade, vão elaborando culturalmente os seus pensamentos e as atitudes.

A partir de assuntos e comentários, realizados para a retomada do conceito, e as funções dos enfermeiros com atuação no PSF e PACS, percebi que o nosso "tema dobradiça" deste círculo de cultura estava voltado aos problemas enfrentados pelos enfermeiros para atuarem nestes programas.

É interessante lembrar que este tema também estava no primeiro programa que elaborei, ainda para ser desenvolvido no primeiro círculo, porém agora ele não se demonstrava um tema puramente técnico, mas sim um tema de "vida", para a qual todos tinham contribuições a dar.

"Bem!! Quando discutimos as funções, me perguntei qual a dificuldade que nos leva ou impedem de realizá-las?" .(Lucimar).

Neste círculo, o desafio foi lançado neste momento, pois a partir desta fala, Lucimar, nos colocou em um clima de "saber mais".

Fizemos uma série de análises quanto as nossas atuações enquanto profissionais, na medida em que falávamos dos problemas enfrentados para desenvolver as funções que designamos pertinentes a nossa formação técnica. Nós "reinventamos", de maneira consciente e participativa, nossa formação científica, pois foi a partir dessas questões que surgiu realmente o interesse da maioria do grupo à participação, pois não foi dada uma temática para facilitar a discussão. O trabalho neste dia estava voltado as questões que diziam respeito a cada um dos presentes, pois se sentiam avaliando e analisando as suas formas de atuação e não bastava discutir mais o que fazemos, porque não é feito.

É importante refletir sobre isso, porque corremos o risco de acreditarmos que tudo o que fazemos é em prejuízo de outros e o que deixamos de fazer é em consequência de dificuldades, incompetência ou por culpa nossa. Colocando-nos em uma compreensão simplista do mundo, ou seja, se não atingirmos este nível de entendimento, poderemos nos julgar aptos ou não aptos para desenvolver o trabalho, porém não avaliamos em que "palco" esta sendo desenvolvido nosso trabalho e com que "atores" estamos "contracenando".

Estarei agora transcrevendo algumas falas que acredito justificar, ou melhor, que o grupo concluiu que refletiam naquele momento os problemas que acarretavam dificuldades aos encaminhamentos do PSF e PACS, enquanto estratégias de mudanças de um Sistema curativista para um Sistema que visava a manutenção da saúde evitando que o cidadão venha a ficar doente.

"Vamos ler a primeira função que listamos para o enfermeiro[...] e já nesta estaremos estabelecendo parte dos nossos problemas para atuar[...] a própria instabilidade econômica da população[...]"(Vitória)

"As pessoas não tem condição de tratamento[...] a prioridade do paciente é outra[...] é o alimento!" .(Lúcia)

"Normalmente os pacientes referem que estão desempregados[...] mas quando ele tem emprego[...] tem mais que um[...] ainda temos que lembrar, que a maioria dos locais de trabalho desta população, trata-se de locais insalubres[...]".(Nelson).

"Me sinto irônica quando digo o tratamento que ele terá que realizar para melhorar o seu quadro de saúde[...] é como dizer o Sr. não tem salvação está predestinado adoecer e a morrer[...] pois o que ele precisa mesmo é de comida[...] descanso[...] um lugar para morar bem[...]".(Ana).

Após algum tempo de discussões, a lista dos problemas enfrentados pelos enfermeiros da Regional de Saúde, com relação à atuação em estratégia como PSF e PACS, foram sendo enriquecidas.

Os enfermeiros verificaram que para desenvolver suas atividades habituais, com mais consciência, necessitaria de maior reflexão, pois estavam atuando em um projeto político, em um mundo político, porém não estavam pensando politicamente.

Refletiam agora que esse tipo de exercício que estavam realizando os libertava de noções preestabelecidas, tais como, as que realizavam quando em um trabalho solitário, dependendo única e exclusivamente de sua atuação enquanto profissional enfermeiro, para estar colhendo bons resultados; ou não se sentir tão cansado, ou ainda atribuir culpa a população, por não fazer como lhe foi orientado.

Apresentando a seguir, uma lista dos problemas registrados, pelos enfermeiros, que considerei relevantes, pois emergiram das falas anteriores, o que demonstra a coerência dos participantes.

1) Instabilidade econômica da população que está sendo atendida pelo PSF e PACS, pois normalmente trata-se de "bóias frias", desempregados e autônomos.

2) População extremamente carente, apresentando como principal problemática, o desemprego, a fome e o analfabetismo.

3) A população, quando empregada, necessita trabalhar em mais de um local, para garantir a satisfação de suas necessidades básicas.

Os enfermeiros foram dando outras contribuições, que a princípio poderiam parecer sem relação com o tema que estava sendo discutido, porém após uma série de raciocínios, chegamos ao consenso que era um problema para a implementação das estratégias.

"[...] o fato das eleições não coincidirem[...] eleições municipais, com as eleições estaduais e nacionais[...] em um período temos uma situação[...] depois temos outra, porque os interesses municipais são diferentes dos interesses do governo do estado[...] então esta instabilidade dificulta[...] até para a gente entender a política[...] e estar trabalhando, porque para você estar trabalhando mesmo para um projeto[...] você tem que conhecer tudo[...]" .(Rosangela).

4) Eleições, para o governo municipal, estadual e nacional acontecer a cada dois anos, alterando os interesses políticos, causando alterações significativas na atuação dos profissionais, na implantação e implementação das estratégias propostas.

"Eu acho que falta divulgação[...]", explica, "Nós temos um posto grande que atende com especialidades, outros que atendem em esquema de plantão... tem médico oito horas[...], mas o pessoal pergunta o que dá para um Agente Comunitário fazer se o caso é diarreia[...] só o soro caseiro[...] eles querem mesmo é a consulta[...] e de preferência de especialista[...]" .(Gilda).

"Entendo o que está falando[...] eles não entendem que quando o agente vai lá[...] ou o médico do programa[...] eles não vêem que eles estão conhecendo não só o paciente, mas o FILHO, o marido, o neto[...] e está vendo[...] e auxiliando no problema enfrentado por aquela família[...]"

"A dificuldade de entender o trabalho poderia ser, mas rapidamente sanada se houvesse mais propaganda como funciona os programas[...]" .(Rosangela).

"[...] lá até é divulgado, mas a população questiona, porque no posto tem mais [...] e neste programa que vocês dizem que é bom tem só um [...] eu digo[...] lá eles atendem 16 pacientes e vão embora[...] o daqui faz oito horas[...] mas mesmo assim eles não entendem[...]" .(Aucely).

5) Falta de divulgação quanto à proposta de trabalho do PSF e PACS, pois a população ainda acredita que só está sendo realmente

atendida pelo sistema de saúde se a mesma passar por consulta médica, isto dificulta o entendimento da população quanto a visitas domiciliares e outros procedimentos como a educação á saúde. Normalmente a população reivindica o número de profissionais (principalmente médico) e número de consultas médicas.

Neste momento perguntei;

"Não seria necessário saber porque nós enfermeiros[...] não estamos atuando nesta divulgação se acreditamos que ela seja tão fundamental para nossa atuação?..."

"O enfermeiro não conhece os problemas políticos de seu município[...] porque se ele estivesse[...] saberia o quanto tem para gastar[...] o quanto recebe para a saúde[...] pelo menos ele saberia pedir[...] " .(Vânia).

"Entrou um projeto na câmara para aprovar um curso de auxiliar de enfermagem na cidade[...] está a maior bagunça[...] um dia está aprovado[...] no outro não está mais. E o que eu vejo é que tem interesse, não atua nem a favor nem contra..." (Vânia).

"Alguém aqui já foi na câmara para ver que projeto está tramitando? [...] Tem coisa ruim e coisa boa[...] nós temos que nos posicionar..." .(Patrícia).

Ficou estabelecido que todos os enfermeiros presentes fariam o levantamento dos materiais permanentes. Principalmente materiais didáticos, que poderiam ser disponibilizados para empréstimos ou ainda medicamentos, que por ventura não estavam sendo utilizados em seu município e pudessem ser trocados por outro no município vizinho. Alguns enfermeiros relataram compras inadequadas e que alguns medicamentos ficavam estocados com o risco de expirar a data de

validade. Inicialmente faríamos o levantamento destes itens, posteriormente aumentaríamos a lista.

Continuamos discutindo quanto à disponibilidade dos enfermeiros no PSF e PACS.

"[...]os profissionais que desenvolvem suas atividades exclusivas e/ou com prioridade em estratégias como PSF e PACS[...] devem produzir um documento[...] ressaltando as vantagens de ter profissionais atuando exclusivamente nestas estratégias[...] destacando as mudanças obtidas, através dos Indicadores de saúde[...] demonstrando a melhoria de qualidade de vida da população[...] este material deveria ser utilizado para divulgação junto aos Secretários[...] para a sensibilização destes Secretários para a contratação de enfermeiros para trabalharem de forma exclusiva[...] ou com prioridades para esses programas[...]" .(Cristina).

Na verdade sabíamos que não era simplesmente mostrar o bom resultado e o Secretário contrataria outro enfermeiro, acreditávamos que desta forma, o trabalho estaria registrado e daríamos início a uma discussão, que na prática deveria estar acontecendo, pois nas normas do Ministério, os profissionais que atuam nestes Programas devem ter dedicação exclusiva. Ao discutir estes aspectos estávamos discutindo de fato a implantação dos Programas na Região.

Concluimos ainda que o mesmo material poderia ser utilizado de maneira mais ampla.

"[...] poderíamos ainda estar utilizando este material na Capacitação dos Agentes[...] por exemplo[...] nós poderíamos fazer uns painéis ou pegar um momento em todos os eventos da região e colocar a idéia[...] demonstrando as experiências vividas[...]" .(Lourdes).

"[...] lembrar que o objetivo principal é que este documento seja utilizado para divulgação, junto às Secretarias, que tem profissional Enfermeiro atuando em vários projetos ao mesmo tempo[...]" .(Miriam).

"[...] é[...] se tem o programa e a coisa não muda[...] é que tem algum problema[...] e aqui o que foi tirado de consenso[...] é que realmente está difícil de desenvolver os Programas[...] porque o profissional é do hospital[...] da ambulância[...] do posto[...] da Vigilância[...] dos Agentes Comunitários[...] não dá conta mesmo[...] e ainda se for ver tem a própria vida[...] está difícil[...]" .(Wanda).

Continuando neste item os enfermeiros resolveram envolver o Polo de Capacitação da região no processo, para aumentar o apoio mutuo. Acreditamos que se todos trabalharem na solução dos principais aspectos que interferem para o verdadeiro funcionamento dos PSF e PACS e realmente estaríamos trabalhando em um modelo de Saúde mais eficiente. Foi discutido o significado do trabalho cooperativo, da colaboração, da unidade, para a reconstrução de um modelo de saúde. Em todo momento, era difícil não associar, na prática, o melhor desempenho das equipes, a vontade política, a compreensão dos gestores, a necessidade de mudança na atenção a saúde a nível primário, no local onde ele está interagindo com os fatores de risco.

"[...]como discutimos temos que contar com o Polo de Formação... solicitando que inclua estes temas para a discussão com os secretários e outros profissionais[...] temos que saber como o Polo está atuando qual a sua programação[...] devemos pedir que seja divulgado para os coordenadores do PSF e PACS da região sua programação[...]" .(Miriam).

Em certo momento foi colocado o quanto era indispensável a interferência da Regional neste processo, os enfermeiros relataram que na prática a Regional de Saúde tem muita influência nas decisões municipais, principalmente quanto a compreensão das mudanças no sistema, atualização, cobrança de atitudes e trabalhos regionalizados, integrando os municípios.

"[...] a Regional pode e deve estar colaborando com isto, principalmente no sentido de estar cobrando das Secretarias os resultados dos trabalhos que devem ser desenvolvidos pelos Programas[...] porque só assim é que vai ficar mais evidente o não compromisso do gestor com os Programas[...] e muito mais com as mudanças necessárias no sistema[...]" .(Florence).

"[...] gostaria de ter suporte da Regional para a elaboração[...] ou interpretação dos relatórios dos Programa de informação do PSF e PACS[...] porque vou dizer a verdade[...] eu nem conheço os relatórios nunca pude parar para aprender[...] não dá[...] sou uma destas enfermeiras que vocês estavam falando há pouco[...] que apaga incêndio em todos os locais de trabalho da Secretaria de Saúde[...]" .(Francisca).

Aqui, acredito ser necessário lembrar que quando Vânia, refere-se ao treinamento do "monitor", esta se reportando ao círculo anterior, quando alguns enfermeiros, relataram que em seus municípios, existem líderes da comunidade, porém leigos, realizando procedimentos evasivos. Os treinamentos seriam para melhor prepará-los, porém desenvolveriam, somente as atividades que os voluntários da Pastoral da Criança executam. Continuando o mesmo assunto tivemos outra sugestão:

"[...] sugiro também alguém de nós verificar[...] quando e no que estão sendo treinados os agentes da Pastoral da Criança[...] poderíamos incluir os agentes comunitários[...] temos vários treinamentos que

acontecem como projeto extensão da UEL[...] onde poderíamos estar também encaminhando aqueles monitores que discutimos no último círculo[...] para estar diminuindo as atividades prestadas por eles[...] passando a atividades somente de suas funções e estes líderes desvinculá-los do enfermeiro[...] se for possível[...]". (Vânia).

"[...] se não propormos algo que substitua esta forma de atenção a saúde[...] dos líderes ou monitores, como quiserem chamar[...] a população vai exigir da Secretaria que continue os atendimentos, porque não tem quem os atenda[...] e os Secretários e Prefeitos não terão força política ou desejo[...] de comprar esta briga com seus eleitores[...] portanto sugiro que elaboremos uma rotina[...] um documento municipal, onde conste a regulamentação dos procedimentos evasivos, realizados no atendimento à população[...] destinando estes somente aos profissionais que possam realizá-los, conforme os Conselhos profissionais[...] e discriminar os procedimentos que podem ser realizados pelos Agentes Comunitários[...] é só verificar nas normas do Ministério[...] acho que este material deva ser encaminhado individualmente[...] pelos enfermeiros em seus municípios... para não haver atrito entre os Secretários[...] ou desgastar o município[...] acho ainda que os profissionais deverão manter contato com os profissionais de municípios que estão em situações semelhantes, solicitar apoio e esclarecimentos do COREN, quanto as questões legais de responsabilidade técnica do profissional enfermeiro, pois os profissionais envolvidos referem estarem participando destes acontecimentos em virtude de condições arbitrárias ao seu desejo[...]". (Lúcia).

"[...] concordo com a Lúcia e sugiro mais que os municípios que estão com estes problemas pensem em fazer um serviço ambulante com um auxiliar e um motorista[...] procurar agendar todas as injeções e curativos a partir das 17 horas e percorrer todas as fazendas ou lugarejos com o mesmo funcionário[...] pode ser que seja mais em conta para a Secretaria do que manter as tais "caixas de primeiros socorros" abastecidas[...] ou ainda ter que pagar uma indenização[...]". (Rosângela).

Sem preocupação de repreensão surgiam propostas nos mais diversos sentidos para se avançar neste processo de mudanças. Mais uma vez me surpreendi quando Miriam disse:

"[...] cada vez me convenço mais que nosso problema é não conhecer as leis e normas[...] quero ler e discutir as Leis, Portarias (federais, estaduais e ou municipais), que dispõem sobre as formas de contratação, incentivos previstos aos municípios, objetivos do PSF e PACS, critérios para o uso dos recursos destinados pelo Ministério da Saúde e outros assuntos de interesse[...] estou me comprometendo de buscar estes conteúdos e trazer para o próximo círculo[...]".

Neste momento os enfermeiros começaram a avaliar

positivamente todos os círculos que estiveram participando até aqui e solicitaram que;

"[...] precisamos estabelecer fluxo e regularidade dos encontros posteriores aos Círculos de Cultura realizados[...] pois, entendo que estes encontros se encerram... após a pesquisa[...] sugiro que haja continuidade[...] podemos fazer contato com a Universidade[...] o Polo de Formação[...] e a coordenação Regional juntos[...] para explicar o processo realizado pelo grupo e procurar garantir a continuidade[...]".(Vitória).

Então me comprometi a fazer estes contatos e viabilizar a continuidade dos círculos, porém agora integrando os objetivos de pesquisa, prática e de continuidade do processo de transformação iniciado.

As próximas falas foram no sentido de ampliar os serviços da Região, ampliando o número de municípios com o PSF e PACS e aumentar equipes em municípios maiores que ainda comportavam novas equipes;

"[...] devemos verificar com os Secretários a possibilidade de aumentar o número de equipes no município[...] verificar com a Regional se é possível enviar às autoridades competentes processo, solicitando a implantação de mais equipes de Saúde da Família na Região[...]".(Aucely).

Ao pensarmos e repensarmos as atividades que deveriam ser desenvolvidas, agora com o compromisso dos enfermeiros para o encaminhamento das propostas sentiu a necessidade de agradecer e

parabenizá-los, pois de fato se as mudanças iriam acontecer ou não, teríamos que aguardar e trabalhar muito para isto, porém, na prática já percebia muitas mudanças neste grupo, eles eram fisicamente os mesmos do primeiro dia, mas eram agora mais confiantes e mais comprometidos. Foi neste dia que compreendi o que Moura (1989, p.18), diz: "Um direito não se recebe, nem se dá: conquista-se" e que as mudanças se dão a partir das necessidades. E tudo é um processo..."

Após o levantamento das sugestões houve uma aprovação em bloco dos encaminhamentos sugeridos, onde o grupo decidiu, nomear os enfermeiros presentes para desenvolver as ações. Após, foi solicitado o intervalo de trinta dias para a realização de novo círculo de cultura, para que tivéssemos tempo hábil para os encaminhamentos propostos pelo grupo.

6.4.3 Quinto Círculo de Cultura.

A pauta deste encontro seria o relato pelos participantes dos encaminhamentos das atividades propostas no círculo anterior e uma síntese e avaliação dos círculos de cultura até o momento.

Iniciamos o trabalho com a apresentação da representante do Polo de Capacitação, a qual está vinculada a Universidade Estadual de Londrina do município sede. Estarei chamando-a de PAULA.

PAULA, oportunamente esclareceu como funciona o Polo, quais as atividades desenvolvidas e programadas e, se era ou não possível trabalharmos de forma conjunta. Baseada nas sugestões retiradas de nossos Círculos de Cultura, PAULA demonstrou que tinha interesse em trabalhar com os enfermeiros que estavam ali representando a Coordenação dos PSF e PACS da região, e verbalizou que gostaria de unir esforços para minimizar nossos anseios, assim referiu que:

"[...] no Polo, na verdade trabalha a Regional de Saúde com um representante, a Universidade com uma equipe onde temos a Sessão de Capacitação Continuada, Prefeitura Municipal do município sede com um representante. Este grupo regional está ligado a Escola de Saúde Pública, pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. O estado está dividido em 5 Pólos, onde estão as Universidades Estaduais e Federal[...] o objetivo é investir na formação das equipes ou postos regionais[...] uma formação mais adequada para trabalhar nos programas de saúde[...] com uma capacitação permanente aos profissionais que já estão trabalhando[...] profissionais que atuam com as famílias[...] temos a preocupação de não restringir só para profissionais que atuam[...] porque outro objetivo é estar substituindo essa forma da gente trabalhar[...] atualmente trabalhamos. Então a estratégia é incluir mais profissionais nesta nova ótica[...] Saúde da Família mesmo[...]" .(PAULA).

Colocou que a prática por nós desenvolvida nos círculos de cultura, na realidade, deveria ser uma das funções do Polo e que gostaria que estivéssemos engajados nas próximas atividades do Polo de Capacitação.

"[...] gostaria de ressaltar que o que vocês estão fazendo aqui é exatamente a proposta do Polo de Capacitação[...]" .(PAULA).

"[...] Gostaria de perguntar como estão pensando a questão da formação dos enfermeiros?[...] Nós somos a maioria de uma geração que não tivemos discussões ou formação para atuar com o PFS e PACS, no entanto tivemos formação para trabalhar com a comunidade e

com a experiência adquirida conseguimos absorver estas atividades[...] mas os novos enfermeiros já entrarão nesta realidade, tenho curiosidade de saber como estão sendo preparados[...]" .(Miriam).

"[...] Estamos trabalhando bastante com a formação[...] incluímos a questão da família no curso atual de enfermagem[...] nós conseguimos trabalhar como linha mestra do curso de enfermagem da[...] a partir do ano de 2000 é a família[...] então a gente começa desde o início com o núcleo familiar[...] daí a gente parte com diretrizes da enfermagem a família[...] já tentando formar profissionais mais aptos para esta nova realidade[...]" .(PAULA).

Demonstrando interesse em parcerias a Coordenação do Polo esteve conversando por mais algum tempo com o grupo, onde os enfermeiros, animados, relataram como estivemos trabalhando e quais eram as propostas até o momento, informaram que a própria presença do representante do Polo, no nosso círculo, já era fruto de um trabalho. Informaram também que vários dos enfermeiros deste grupo desconheciam o trabalho ou a existência do Polo, mesmo sendo os atuais coordenadores do PSF e PACS em seus municípios.

Fizeram apresentação verbal dos temas que gostariam de estarem sugerindo para os próximos cursos que o Polo estaria promovendo. Informaram ainda que estes temas foram discutidos e listados respeitando a prioridade sentida junto com os demais profissionais que atuam no PSF e PACS, isto foi realizado no período de recesso entre o quarto e o quinto círculo de cultura.

A representante da Universidade do Polo de Capacitação informou que as sugestões de temas propostos pelo grupo poderiam ser

trabalhados, futuramente, em treinamentos que estão sendo programados.

Nestes primeiros itens os enfermeiros relatam que as equipes de trabalho determinaram estes temas como prioridade, pelo aumento de problemas de saúde, em vários aspectos em seus territórios de atuação, na adolescência. Informaram que quando os adolescentes chegam a procurar ou são conhecidos pelo serviço já estão com problemas em virtude das atividades sexuais precoce, principalmente os adolescentes, que não vêm às unidades mesmo. Só comparecem quando já estão grávidas, ou com doenças sexualmente transmissíveis. Referem já ter tentado montar grupos, festivais e outras atividades, porém não tem tido bons resultados, relatam ainda a dificuldade de contato, pois esta população quando chega a procurar ajuda profissional, já passou por situações familiares, no ambiente de escola e de trabalho desagradáveis e já estão com sua auto-estima extremamente baixa. As equipes de PSF referem-se não estarem preparadas para trabalhar com estes grupos populacionais, tanto no tratamento, bem como na prevenção de novos casos e reincidências. Portanto os temas listados por prioridades, foram:

- 1) Orientação sexual para adolescentes;
- 2) Gravidez na adolescência;
- 3) Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- 4) Alcoolismo na adolescência

Com o aumento da população da terceira idade e a abertura destes para falar e questionar sobre as suas atividades sexuais, a equipe sente dificuldade para trabalhar com a questão dos tabus que esta população em particular vem enfrentando. Principalmente quando estes estão viúvos ou viúvas e sentem-se sós encontrando dificuldades para voltarem a relacionar-se e acabam procurando as equipes de Saúde da Família para discutir estes aspectos que tanto os incomoda.

5) Sexo na terceira idade;

6) Disfunção "orgâsmica" feminina e impotência sexual;

Em relação aos temas de ginecologia e obstetrícia, estes foram considerados relevantes, porque a maioria dos médicos que atuam nos programas é clínico geral, portanto solicitaram uma atualização para desempenhar com mais segurança nesta área, de atenção à mulher, lembrando que conforme relato dos profissionais que participaram desta atividade, ainda a população feminina da nossa região procura serviços de saúde primeiramente quando grávida.

7) Atualização nas diferentes patologias ginecológicas;

8) Ansiedades e emoções no período gestacional;

Os agentes comunitários solicitaram principalmente discussões e atualizações nos itens de abordagem ao paciente, triagem e

roteiro de visitas, para facilitar o contato e aumentar a confiança da população no trabalho realizado por eles, referem que a população não se queixa, prioritariamente, de ser atendida, pois informam que até conseguem os atendimentos, tem acesso aos serviços, os agentes relatam que a queixa da população atualmente é quanto a resolução dos seus problemas de saúde, pelos serviços que atualmente procuram.

"[...] porque a triagem, porque a maioria dos agentes estão encaminhando para a consulta médica[...] faz a orientação porém nem eles mesmos confiam e pedem para assim que puderem[...] passar por consulta médica[...]" .(Ana).

9) Triagem, instrumentalizar o Agente de Saúde para saber identificar os casos de urgência e emergência, de um caso em que eles possam orientar ou encaminhar para o auxiliar de enfermagem e enfermeiro;

"[...] hoje o agente sabe ler a carteira de vacinação[...] com o roteiro de visita[...] ele poderia abordar os problemas da terceira idade dos adolescentes, das gestantes[...] de todas as etapas de vida que possam estar convivendo nesta casa[...] hoje se o agente for bom ele detecta problemas em relação a imunização e o aleitamento[...]" .(Florence).

10) Roteiro de visita para o agente comunitário de saúde, auxiliando-o a detectar prováveis problemas nas diversas etapas do curso da vida, da família visitada;

Por último, porém não menos importante toda a equipe

solicitou um trabalho do Polo, quanto às questões de relacionamento interpessoal, voltado, para os profissionais que atuam nas equipes, bem como com os profissionais das unidades de suporte das equipes.

"[...] o auxiliar tem dificuldade de entender que eles não podem fazer um curativo[...] eles viviam me pedindo isto[...] fora que os auxiliares acham que é de uma classe profissional superior aos agentes e tem que mandar[...] isto vai agravando os problemas[...]" .(Lúcia).

"[...] nós também enfrentamos problemas semelhantes[...] ainda temos agentes que querem trabalhar somente no posto fazendo recepção[...] isto faz com que o auxiliar fique mais ríspido ainda[...]" .(Florence).

11) Relacionamento interpessoal dentro da equipe (emoções, liderança e critérios para alcançar o controle e o bom desempenho dos funcionários da equipe);

Após a apresentação dos temas, houve um comprometimento por parte dos membros do Polo, presentes, ou seja, Universidade Estadual da região e Coordenação Regional dos Programas, agora já presente, em dar os encaminhamentos necessários, quanto aos futuros treinamentos.

Houve sugestões de que estes Círculos de cultura continuassem sendo realizados, com agendamento mensal, quando houvesse, atividades a serem desenvolvidas pelo Polo de Capacitação, que as secretarias recebessem convites com antecedência, para proporcionar a viabilização da participação de seus profissionais. A proposta foi aceita pelos representantes do Polo (agora o da Universidade e o da regional). Estarei transcrevendo alguns depoimentos que me impressionaram, pois nelas estavam não só o relato sobre os círculos,

como também o crescimento individual com a experiência e ainda o desejo de continuar.

"[...] no começo achei que este tipo de trabalho que estivemos fazendo aqui poderia não dar em nada, porém acho que foi muito interessante[...] quero ter um contato constante[...] não adianta só um curso[...] no meu ponto de vista[...] para este trabalho continuar[...] estar tentando superar alguma dificuldade do dia a dia acho que é fundamental continuar com esta integração[...] sugiro reuniões mensais no mínimo[...]". (Lourdes).

"[...] como disse no início tenho desejo que este grupo continue trabalhando com o Polo e estarei "convocando" [...] (tom de brincadeira) [...] e não convidando para trabalharmos juntos [...] tem coisa que é institucional que o Polo não dará conta de resolver, mais quanto a capacitação ou o processo de trabalho da enfermagem para uma melhor atuação nos Programas isto é muito tranquilo para o Polo... e tenho certeza que juntos daremos conta [...] e temos financiamento para isto [...] através do Ministério [...]". (PAULA).

Após a saída do representante do Polo de Capacitação, se deu continuidade a outros relatos que indicavam os demais encaminhamentos que foram realizados em virtude do círculo anterior.

A cada fala os enfermeiros explanavam as principais mudanças que já haviam iniciado em suas vidas. A princípio pensei em dizer vidas profissionais, porém não somos homens profissionais, temos uma vida e nesta vida desempenhamos algumas funções, por isto afirmo que os próximos relatos que estarei descrevendo são relatos de vida.

Segundo FREIRE; (1980), a "conscientização", é o conceito principal de suas idéias de educação. Pude entender esta afirmação, pois os enfermeiros que estavam relatando suas experiências eram pessoas

fortes e conscientes, um pouco diferente dos primeiros dias, quando criticavam a realidade, porém poucos estavam presentes nela, citavam muitos problemas, porém não se sentiam capazes de alterar o percurso de suas atividades. Hoje a palavra de ordem era *"eu fiz..."*, *"consegui..."*, *"iniciei..."*, *"estou tentando..."*, ao ouvir estas expressões senti a profundidade com que Freire dizia que estar consciente era praticar a liberdade, o ato de conhecer e criticar a realidade é estar transformando esta realidade, pois o homem sempre busca "ser mais" e hoje os enfermeiros mais conscientes puderam relatar, precisamente sua "praxis" e suas reflexões sobre as situações vividas desde o último círculo.

Estarei simplesmente descrevendo as contribuições que estes enfermeiros trouxeram:

"[...] conforme a experiência relatada pela[...] de[...] comecei a fazer o mesmo em[...] estamos nos reunindo uma vez por semana no final do expediente, toda Quinta-feira e percebo que o nosso relacionamento melhorou muito, vejo que estão trabalhando mais confiantes[...] também tem o fato de me sentir mais segura quanto aos encaminhamentos que estão realizando, pois até então não sabia o que os agentes realmente estavam fazendo[...] acho que nem eles[...] acredito que só com esta atitude as coisas já melhoraram muito[...] e ainda temos outra novidade que é uma reunião mensal multidisciplinar que estão todos presentes agentes, médicos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, eu a enfermeira e outros profissionais que queiram[...] estas reuniões estão sendo rápidas de vinte a trinta minutos, porém eficientes. Os agentes trazem perguntas e os profissionais já respondem com isto já consegui tampar um monte de fossa, porque enquanto o agente estava falando que era aquilo que era o problema o secretário não deu uma importância porém quando o médico ouviu o agente e disse que ele estava certo o Secretário mandou tampar[...] estou super contente[...]. Inclusive já trabalhamos com o pessoal da Dengue[...] ajudamos a fazer um multirão e limpamos umas três ruas de lá que eram bem críticas[...] com um mês de trabalho não foi internado nem um caso de verminose no hospital[...] temos encaminhado muito mais problemas para o posto, mais porque hoje os agentes tem visto melhor os problemas[...] outra vantagem é que os agentes vão duas ou três vezes no mesmo local se não consegue resolver já chamam ou falam nestas reuniões e vamos lá para ver o que pode ser feito[...]"

.(Miriam).

"[...] lá também mudou[...] estou pedindo para os agentes irem em lugares que eu nunca pedi para ir. Na realidade achei que estavam indo, porém nunca disse para irem agora estou vendo o que eles estão fazendo[...]" .(Rosangela).

"[...] o que a Miriam falou desta reunião multidisciplinar[...] dos médicos, fisioterapeutas e outros[...] de estarem juntos com os agentes e auxiliares, ainda não consegui, mas já consegui que eles fossem ir falar com eles uma vez por mês[...] temos uma reunião agendada para toda última Quarta-feira do mês onde estes profissionais vão falar o que eles querem para os agentes[...] sei que não é suficiente, porém já estão indo até eles mesmos que for para mostrar que sabem mais , mas acho que com isto o agente pode ganhar mais confiança e quem sabe mostrar aos outros o trabalho que vem realizando[...] lá foi isto o que consegui até agora[...]" .(Francisca).

"[...] eu consegui trazer alguns profissionais para falar com os grupos de hipertensos e gestantes[...] profissionais do município mesmo como psicólogos[...] professores de educação física[...] eles estão se envolvendo devagar[...] deram palestras, orientaram exercícios[...] acho que é o que a Representante do Polo falou o negócio é todos os profissionais se envolverem com o processo de trabalho diferente. A psicóloga trabalha no colégio do município e o professor[...] a mesma coisa para eles é só mudar o enfoque e o próprio trabalho deles pode mudar[...] pode dar mais resultado[...] os próprios pais vão dar mais respaldo para o que eles estão fazendo nas escolas[...]" .(Vitória).

"[...] meu maior o problema é que os agentes estão fazendo coisas que não deveriam[...] são as injeções e tudo mais que já conversamos[...] pois então fui conversar com o Secretário e o Prefeito e mostrei com a lei que não poderiam mais estar fazendo isto[...] marquei com os dois juntos para deixar claro que não é só uma questão de querer ou não me responsabilizar, por isto é que não posso e não vou[...] no início tive medo de até eles me mandarem embora agora não tenho mais este medo antes acho que tudo podia acontecer lá[...] mas agora não quero fazer mais parte disto... eu consegui e parece que eles entenderam e só vão continuar a fazer os procedimentos. Os agentes que são auxiliares ou que estão terminando o curso[...] para mim está foi a maior conquista dos últimos anos[...] vocês não imaginam como é difícil trabalhar desta forma preocupada todos os momentos[...] é mais difícil do que não ter o emprego e essa foi a minha maior conclusão[...] como disse estou feliz[...] muito feliz[...]" .(Soraya).

"[...] parabéns eu ainda não consegui fazer isto acho que vou tentar também[...] mas sei que posso não ter a mesma sorte[...] porque as duas vezes que tentei o Secretário disse: sobre o que mesmo que você quer falar? [...] e não sei quando ele vai falar[...]" .(Tereza).

"[...] eu também evoluí muito nestes últimos meses[...] porque agora

estou trabalhando assim: de quem é esta gestante que apareceu no posto hoje?[...] lá nós só temos 3 800 habitantes gente[...] dá para saber se tem um paciente mais grave com o controle de hipertensão alterado eu cobro visita do agente[...] vejo que tem mudado a característica da demanda do posto[...] aquilo estava parecendo um pronto socorro[...] estamos mudando[...]" .(Wanda).

"[...] gente minha função era trazer as leis[...] estão aqui[...] se der tempo vamos discutir[...] porém se não der eu entrego cópia para todos lerem[...] inclusive a lei municipal de[...] onde tem adicionais no salário dos médicos, dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes[...]" .(Vania).

"[...] estamos fazendo rotinas de atendimentos[...] não é bem uma rotina é um fluxo onde estamos registrando a função do agente[...] do auxiliar[...] da enfermeira[...] e do médico, principalmente para distinguir as funções dos auxiliares de enfermagem e dos agentes[...]" .(Ana).

A mim coube fazer a integração das ações desenvolvidas por todos os enfermeiros e agradecer pelo processo de aprendizagem e construção da minha consciência que eles enquanto grupo me oportunizaram.

Pode ser uma prática que está em construção, porém os resultados reais que estávamos trabalhando, foi possível com a prática da própria conscientização de cada um, ali presente. E podendo contar com mais esta realidade sabida hoje, que seria estar vinculando este grupo dos círculos de cultura, com o Polo de Capacitação, onde poderiam continuar a construção deste conhecimento. Portanto foi com muita satisfação que verbalizei que estávamos no caminho certo para as transformações conscientes do nosso Sistema de Saúde, e ações como a que cada um relatava, mostrando os passos para esta conquista.

Segundo FREIRE (1980), a conscientização nos convida a viver uma posição utópica frente ao mundo, porém a utopia para ele é o ato de denunciar a estrutura desumanizada de se viver, é anunciar uma estrutura humanizante, e por fim é ter um compromisso histórico com as mudanças necessárias.

7 REFLETINDO SOBRE OS DADOS E SUAS IMPLICAÇÕES

Os dados obtidos neste estudo serão comentados segundo suas implicações para o Sistema Único de Saúde - SUS, principalmente nos programas PSF e PACS, bem como contribuições a enfermeiros que atuam na Saúde Pública, no ensino em enfermagem e futuras pesquisas na área, serão apresentados de forma descritiva, à luz do referencial metodológico de Freire, comparando com o preconizado nas Normas e Portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde, já referidas.

Durante o período de realização dos círculos de cultura estive refletindo junto aos enfermeiros da Regional de Saúde da Região norte do Paraná, sobre as suas experiências vivenciadas nos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, com a finalidade de reforçar suas ações e minimizar seus problemas. Após estes meses de trabalho, chegamos vitoriosos ao último círculo vivenciado, pois o grupo que esteve refletindo conseguiu conceituar o profissional enfermeiro que atua no PSF e PACS, identificar suas funções, codificar e decodificar os problemas enfrentados para sua atuação na implantação e implementação; discutir propostas de encaminhamento; demonstrar capacidade de transformar suas realidades vividas com exemplos concretos de mudanças na sua forma própria de atuação e, acima de tudo, os enfermeiros desta pesquisa buscaram aprimorar o "ser mais" de cada um.

A princípio, a metodologia de Freire pode parecer fácil de ser desenvolvida, porém em uma sociedade que segundo FREIRE; (1980, p.76), "tem uma dinâmica estrutural que conduz à escravidão das consciências", buscar a liberdade consciente é sempre uma experiência de revelar o desconhecido. Atuar nestas descobertas é realmente buscar o novo, o desconhecido. É não ser ou não continuar escravos de atos inconsciente. É ser e se sentir consciente e livre.

A partir dos dados encontrados podemos analisar que é de fundamental importância o comprometimento dos gestores com a proposta do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, pois dificuldades sentidas, pelos enfermeiros, como a atuação em vários setores da secretária e mais a atuação nas atividades do PSF e PACS, podem ser minimizadas se o gestor cumprir o que está previsto no programa e o mesmo indica que o profissional tem que estar atuando em período integral no programa, ou seja, 8 horas diárias, para que o programa tenha condições de funcionamento, de realmente estar atuando para a integração com a comunidade, de estar vivenciando com a comunidade seus fatores de risco e discutindo formas de amenizá-los ou ainda alterá-los sem o que se torna impraticável fazer a "leitura" de uma realidade.

Quanto ao atendimento, os enfermeiros referem que a população atualmente consegue atendimento nos postos de saúde, porém o problema é não estarem atuando para que ocorra a mudança necessária

nas suas condições básica de homens, para garantir a prática das orientações administradas no atendimento nas unidades básicas de saúde. Além disso, podemos afirmar que vários problemas e significativas mudanças no Sistema Único de Saúde estão também na dependência do comprometimento consciente dos Prefeitos e Secretários, enquanto gestores e praticantes dos compromissos com a busca da inversão do atendimento a doença em detrimento da atenção aos fatores que conservam a saúde, conforme a proposta do PSF e PACS.

Considerando ainda que a atuação dos gestores é decisiva para garantir a implantação e aprimoramento dos programas, negociando com os Governos Estadual e Federal, formas de subsidiar os programas, na aquisição de materiais ou outros encaminhamentos como integrar com outros setores municipais nas resoluções de problemas ou viabilização de projetos que beneficiariam a comunidade e outros encaminhamentos como assessorias em vários setores para treinamento, capacitação de recursos humanos para entendimento das novas propostas de atenção a saúde do Sistema.

Segundo FREIRE (1978), em todas as mudanças almejadas pelo povo, tanto no Brasil como fora dele, foi exigido confronto com o desejo dos governantes, porém, quando estes aceitam e se envolvem com os problemas, as diferenças e as dificuldades ficam menores e as

propostas avançam mais rapidamente.

Quanto à participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, disposta na lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, também dependem do comprometimento dos gestores com a proposta de inversão do modelo de saúde brasileiro.

Quanto ao enfermeiro que participou desta pesquisa, este atua em Saúde Pública a maior parte do tempo após sua formação profissional. Acredito que como os demais profissionais da área estão em busca da melhor forma de contribuir para a saúde do povo, pois demonstraram disposição e comprometimento com o tema e estiveram na sua maioria em todos os círculos agendados, demonstrando acreditar nas propostas do PSF e PACS e não só acreditar, mas dispostos a contribuir para as mudanças que tanto desejam. E os "temas geradores" que os enfermeiros quiseram debater nos círculos de cultura realmente se revestem da leitura da realidade vivida por estes.

Estes enfermeiros estão envolvidos no planejamento, acompanhamento e desenvolvimentos de ações relativas à saúde e doença da população dos territórios que são responsáveis, portanto é relevante o que pensam, como estão se sentindo e como acreditam que podem evoluir em suas propostas e no que não conseguem evoluir e porque isto está ocorrendo, ou seja, a conscientização da situação vivida. FREIRE (1980).

Segundo FREIRE; (1980), as mudanças não ocorrem sem que o homem faça parte dela de maneira livre e crítica.

No que diz respeito às limitações e dificuldades encontradas pelos enfermeiros em na sua formação em relação ao preparo para atuar no PSF e PACS, acredito que estas ocorreram em virtude destes enfermeiros estarem formados, em média há 9 anos. Atualmente as Instituições formadoras, voltadas e atentas para o novo perfil profissional, buscam novas formas de preparar mais adequadamente os nossos enfermeiros. A necessidade de educação continuada dos profissionais, principalmente os que atuam nos programas, conforme foi dito no quinto círculo de cultura, mobilizou o responsável pelo Polo de Capacitação, que está buscando capacitar rapidamente os profissionais que atuam nestas estratégias, bem como capacitar outros profissionais que são referências para o PSF e PACS.

Apesar desta pesquisa apresentar vários pontos positivos e pontos negativos, da atual realidade vivida pelos enfermeiros no PSF e PACS da Região do norte do Paraná, acredito que estamos vivenciando um processo e é esperado que encontremos dificuldades até que alcancemos assim a unidade entre a teoria e a prática.

Este estudo revela que ainda temos diversos aspectos a serem pesquisados nos PSF e PACS e que estamos no caminho para a transformação do Sistema de Saúde e que as experiências vividas e

relatadas por estes enfermeiros, são matérias-primas para instituir mudanças necessárias e desejadas no cenário nacional, com clareza política e compreensão dos condicionamentos ideológicos para atingirmos um modelo de saúde justo e que realmente viabiliza a saúde como direito do cidadão.

Acredito que esta pesquisa demonstrou principalmente que a prática do PSF e PACS pode melhorar a eficiência deste sistema, porém temos necessidade de desvelar os inúmeros fatores que impendem a verdadeira implantação e implementação, lançando mão de hipóteses que determinam a viabilidade das esperadas reformas propostas pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Com este trabalho acredito estar contribuindo para fóruns de debate do setor de saúde do País e instituição de ensino, e profissionais que estão atuando ou desejam atuar na área.

"Os homens [...] ao terem consciência de sua atividade e do mundo em que estão, ao atuarem em função de finalidades que propõem e se propõem, ao terem o ponto de decisão de sua busca em si e em suas relações com mundo, e com os outros, ao impregnarem o mundo de sua presença criadora através da transformação que realizam nele, na medida em que dele ao contrário do animal, não somente vivem, mas existem, e sua existência é histórica".(FREIRE,1987, p. 89).

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F. M. **O programa de saúde da família no Ceará**. Fortaleza : Expressão,1998.

ANGERAMI-CAMON, V. A.(org.); FEIJOO, A. M. L. C. de & CHIATTONE, H. B. de C. et al. **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F. & CAMPOS, G. W. de S. **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC,1988.

BRAGA, C. de S. & PAULA, G. de. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1981.

BRANDÃO, C. R.(org.); BEZERRA, A. & WANDERLEY, E. W. et al., **A questão política da educação popular**. 2 ed., São Paulo: Brasiliense, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. In: – Cadernos saúde da família; Brasília, v.1, nº1,1996.

BRASIL.Lei 378 de janeiro de 1937, dispõe sobre a freqüência de conferências nacionais de saúde. [S.l. : s.n.]

BRASIL.Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições

para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Caderno da 4ª Conferência municipal de saúde de Londrina, v. 1, p 16, 24 set. 1995.

BRASIL.Lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde -SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. Caderno da 4ª Conferência municipal de saúde de Londrina, v. 1, p 21, 24 set. 1995.

BRASIL.Ministério da Saúde, Normas e diretrizes, Brasília, jan. 1994.

BRASIL.Ministério da Saúde, Programa de agentes comunitários de saúde, Brasília, nov. 1993.

BRASIL.Ministério da Saúde, Programa de saúde da família, Brasília,1994.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, Brasília, 1997.

BRASIL.Ministério de Saúde, Norma operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB - SUS 96, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL.Portaria GM/MS nº 1329 de 12 de novembro de 1999. Estabelecer nova sistemática para o calculo do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica - PAB. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2 out. 1999.

BRASIL.Portaria GM/MS nº 157 de 19 de fevereiro de 1998. Estabelece valores de incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 40, 2 mar. 1998.

BRASIL.Portaria GM/MS nº 3122 de 2 de julho de 1998. Estabelece novos valores de incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 69, Brasília, 2 agosto 1998.

BRASIL.Portaria nº 1742 de 30 de agosto de 1996. Aprova o texto da Norma Operacional Básica(NOB) do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, nº 170, 2 set. 1996.

BUSS, P. M. & LABRA, E. **Sistema de Saúde - continuidade e mudanças**. São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 76.

CAMPOS,G. W. de S., et al. **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAPELLA, B. **Profissionalização da enfermagem: uma necessidade**

social.Rev. Bras. Enf., Brasília, v.44, n.2/3, abril/set.,1991.

DONAHUE, M. P. **História de la Enfermaria**, Espanha: DYOMA, 1993.

FAVARET FILHO, P & OLIVEIRA, P.J. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamentos e Políticas Públicas**,[s.l], 1990.

FORTES, P. A. de C. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente**. Estudo de casos, São Paulo: EPU, 1998.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998, p. 18.

FREIRE, P. **Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980, p.76.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia- saberes necessários à prática educativa**. 11 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, p. 18, 89.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. & MAZZA, D. **Na Escola que Fazemos: uma reflexão interdisciplinar em educação popular**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GADOTTI, M. **Paulo Freire : uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez/ Instituto Paulo Freire; Brasília, DF : UNESCO, 1996.

KAWAMOTO, E. E., et al. **Enfermagem comunitária**, São Paulo: E.P.U., 1995.

LAURELL, A. C.(org.); COHN, A. & SALINAS, C. T. H. D. et al. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995, p. 230.

LIBÂNEO, J. C., **Democratização da escola pública: A pedagogia crítico social dos conteúdos**. 10 ed., São Paulo: Loyola, 1992.

MEDICI, A. C. **Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MELO, C. M. M. de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E.V.(org); TEIXEIRA, C. F. & UNGLERT, C. V. de S. et al. **Distrito Sanitário, o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MOURA, D. **Saúde não se dá, conquista-se**. São Paulo: HUCITEC, 1989, p.18.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987.

NOVAES, H.M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS: análise conceitual e apreciação do programas selecionados na América Latina**. São Paulo: PROHASA, 1990.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

RIZZOTO, M. L. F.. **História da enfermagem e sua relação com a Saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1986.

SAUPE, R., **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SILVA, P. L. B. **O perfil médico-assistencial privativista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década dos 70.** In: Cadernos FUNDAP. São Paulo, 1983.

SPINK, P.; CLEMENTE, R. **20 experiências de gestão pública e cidadania.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

STROZZI, J. B. **SUS pense : uma reflexão epidemiológica sobre o SUS e outras aplicações acadêmicas.** Londrina: CEBES, 1997.

9 ANEXOS

ANEXO - 1

Of. Circ. Sipas nº 102/99 , 21 de junho de 1999.

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos por meio deste, informar que solicitamos a secretaria de saúde de seu município a autorização, para a sua participação, em debates referentes a problematização dos pontos críticos enfrentados enquanto enfermeiro com atuação nas equipes dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Porém, gostaríamos de sua manifestação quanto ao interesse ou não da participação das reuniões.

A sua confirmação quanto a participação do evento, deverá ser comunicado por escrito a esta regional, até o dia 29 de junho, aos cuidados da Enfermeira Regina Marcia Cortez Gouveia, pelo fax nº.....

Lembramos que o primeiro encontro se dará no dia 07 de julho do corrente às 8 horas e 30 minutos na sala 05, no Centro de Saúde, sito.....

Sem mais para o momento
Atenciosamente

Regina M. Cortez Gouveia

.....

Chefe da SIPAS

Diretora da Regional de Saúde

Ilmo(a) Sr.(a).

"Nome do Enfermeiro cadastrado nos Programas"

"Secretaria e Cidade"

Obs.: O ofício original está em arquivo na Regional de Saúde, onde foi desenvolvido o projeto.

ANEXO - 2

Of. Circuc. SIPAS nº 112/99 , 12 de Julho de 1999.

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos por meio deste, solicitar que os enfermeiros que atuam com Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, estejam no dia 15, nesta Quinta-feira, às 13 hora e 30 minutos, conforme agendado em reunião anterior, para a continuidade do trabalho. A reunião se dará na sala 05 no Centro de Saúde, sito

Sem mais para o momento

Atenciosamente,

Regina M. Cortez Gouveia

.....

Chefe da SIPAS

Diretora da Regional de Saúde.

Ilmo(a) Sr(a)

"Nome do Secretário"

"Secretaria"

"Cidade"

Obs.: A cada círculo de cultura foi enviado um ofício, os originais encontram-se em arquivo na Regional de Saúde onde foi desenvolvido o projeto.

ANEXO - 3

Termo de Consentimento livre e esclarecido.

Eu, _____,

fui convidado(a) para participar de um estudo sobre, como os enfermeiros vivenciam as novas estratégias em Saúde Pública, como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Fui informado(a) que será mantido sigilo e anonimato, bem como garantida, a possibilidade de desistir da pesquisa e ainda comunicado(a) quanto aos riscos e benefícios decorrentes da minha participação.

Portanto de livre e espontânea vontade aceito participar da referida pesquisa e concordo que os dados possam ser divulgados em benefício da coletividade.

....., 07 de julho de 1999.

Profissional Enfermeiro

Pesquisador

Orientador

Obs.: Os originais estão em arquivo com a pesquisadora.

ANEXO - 4**QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NOS PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA.**

1) Nome _____ completo _____ do enfermeiro. _____

2) Qual _____ o _____ município _____ que atua? _____

3) Há quanto tempo concluiu o curso de graduação em Enfermagem? _____

4) Há quanto tempo atua em Saúde Pública? _____

5) Atua no Programa de Agentes Comunitários de Saúde?

() sim () não Caso afirmativo. Há quantos anos? _____

6) Atua no Programa Saúde da Família?

() sim () não Caso afirmativo. Há quantos anos? _____

7) Na sua formação acadêmica houve instrumentalização, para atuar enquanto Enfermeiro, nos Programas Agentes comunitários de Saúde e Saúde da Família?

() sim () não

8) Na implantação dos Programas em seu município, foi você quem fez o treinamento? () sim () não

9) Sua atuação enquanto Enfermeiro é restrita aos Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ou Saúde da Família?

() sim () não

Em caso negativo listar outras áreas e ou locais de atuação:

10) Você acredita nas estratégias do PACS e PSF, como uma proposta de reorganização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde?

() sim () não

Obs.: Os originais estão em arquivo com a pesquisadora.