

**ELIANE FLORA SOBIESIAK MORETTO**

**A ENFERMAGEM E O SUS: DA REALIDADE  
À POSSIBILIDADE**

Florianópolis, SC  
Agosto 2000

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

**A ENFERMAGEM E O SUS : DA REALIDADE  
À POSSIBILIDADE**

**ELIANE FLORA SOBIESIAK MORETTO**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como requisito para obtenção do grau  
de Mestre em Enfermagem.**

**ORIENTADORA**

**DRA. MERCEDES TRENTINI**

Florianópolis, SC  
Agosto 2000

4 de Agosto de 2000

**A ENFERMAGEM E O SUS**

Eliane Flora Sobiesiak Moretto

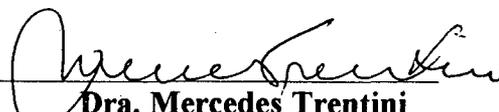
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

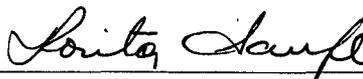
**Mestre em Enfermagem**

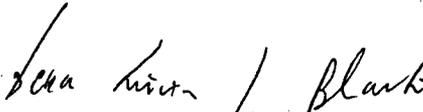
E aprovada na sua versão final em 4 de Agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

  
Dra. Denise E. Pires de Pires  
Coordenadora do Programa

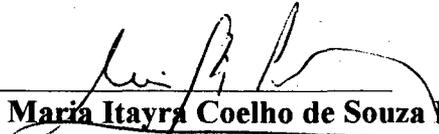
**BANCA EXAMINADORA:**

  
Dra. Mercedes Trentini  
Presidente

  
Dra. Rosita Saupe  
Membro

  
Dra. Vera Lúcia G. Blank  
Membro

  
Dda. Kenya S. Reibnitz  
Membro

  
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
Membro Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sua infinita graça, fornecendo-me força e vigor para enfrentar todos os desafios, bem como me oportunizando o convívio com pessoas de potenciais excepcionais, nos quais busquei todo apoio e incentivo.

Aos meus pais Elóy e Elsa, pela essência da minha vida, contínuo estímulo e permanente exemplo de vida.

Ao Alberto, por ser “meu porto seguro”, incansável em todo e qualquer momento, pela colaboração e compreensão em mais esta jornada.

Aos meus filhos Kellen e Renan, por entenderem minhas ausências e o constante envolvimento.

Aos meus queridos tios Roberto e Juçara, Nicolau e Sílvia, primos Marcos, Márcia e Adriana, que tornaram mais prazerosas minhas estadas em Florianópolis, oportunizando-me reviver minha infância e adolescência com carinho, atenção e permanente incentivo.

À professora Mercedes Trentini, minha orientadora, pela sua forma simples de ser, permeada de muita competência, facilitando meu crescimento profissional e pessoal.

À professora Ingrid Elsen, professora e companheira de toda esta jornada. Seu espírito incentivador e companheiro foi estímulo permanente frente aos desafios.

À professora Rosita Saupe, também componente da banca examinadora, pela incansável transmissão de otimismo, exemplo de dedicação e sabedoria, presença marcante no grupo da URI desde o nivelamento.

Aos componentes da banca examinadora, pela apreciação deste trabalho e suas contribuições .

Aos colegas e amigos desta mesma caminhada, pela vivência efetiva do que é um verdadeiro grupo, pela coesa responsabilidade e maturidade, fornecendo estímulo e incentivo constantes.

Aos colegas da URI, companheiros das viagens constantes... Acompanhamos a construção da nova ponte, mas também construímos um novo caminho. Dividimos momentos gratos e outros não tão gratos, mas, com satisfação, estamos vivenciando a chegada de todos.

A todos professores do curso de mestrado que auxiliaram na construção de meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos enfermeiros, eles desse caminho, pela disponibilidade e dedicação, pelos ricos momentos vivenciados e suas contribuições, sem as quais não seria possível esta dissertação.

À PEN – UFSC, Capes e Funcitec, apoios indispensáveis para a concretização desse mestrado.

À Universidade do Contestado e Universidade Regional Integrada – Campus de Erechim, que somaram seus esforços para tornar possível essa parceria.

À Secretaria de Saúde e Meio Ambiente – RS, e de modo especial, à minha Coordenadoria Regional de Saúde, que possibilitaram meu afastamento para estudos, viabilizando a conclusão deste mestrado.

Enfim, a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram nessa caminhada.

## RESUMO

Esta dissertação de mestrado, intitulada *A Enfermagem e o SUS: da realidade à possibilidade*, resulta de uma pesquisa convergente-assistencial com um grupo de enfermeiros que atuam em saúde pública numa Coordenadoria Regional de Saúde – CRS – do Rio Grande do Sul, proporcionando um espaço educativo-cuidativo que possibilitou reflexões do seu cotidiano profissional, balizando o seu preparo formal e institucional em relação aos princípios do SUS. Pelo acompanhamento dos acadêmicos, enquanto docente, e dos enfermeiros recém-formados, como enfermeira de uma CRS, percebia-se que havia desconexões entre a formação do enfermeiro na graduação e seu desempenho profissional na área de saúde pública. O marco conceitual foi centralizado nos princípios do SUS – universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação social – e em alguns princípios da pedagogia libertadora. Através de entrevistas semi-estruturadas, de visitas às unidades básicas de saúde de alguns participantes e das reflexões críticas das vivências dos enfermeiros durante encontros com o grupo convergente, foram obtidos os dados, os quais, transcritos, lidos e relidos, resultaram em códigos-chaves, sendo agrupados em categorias que geraram os principais temas deste estudo. Verificou-se que os enfermeiros possuem consistente preparo para as atividades técnicas e uma auto-imagem positiva, porém apresentam despreparo em vários aspectos: pouca participação político-profissional, inexpressiva participação social, ausência de reflexão crítica da sua práxis, entre outros. Ficou evidente que os enfermeiros deste estudo não receberam o devido preparo (tanto na graduação como na sua instituição) para atuar em consonância com a atual política de saúde, porém apontam alternativas para sua resolução e inovações na sua prática cotidiana.

## **ABSTRACT**

This dissertation of mastership entitled: Nursing and The SUS: from reality to possibility, results from a convergent-assistant survey with a group of nurses who work in public health in a “Coordenadoria Regional de Saúde” – “CRS” – in Rio Grande do Sul state, offering an educative-caring space that made possible the reflections of their professional routine, signing their formal and institutional preparation in relation to the principles of the SUS. Watching the academics, while professor, and the recently graduated nurses, as a nurse in a CRS, it was possible to observe that there were discomposures between the nurse’s formation in graduation and his professional performance in the area of public health. The conceptual landmark was centered in the principles of the SUS – totality, integrality, decentralization, equity and social participation – and in some principles of the liberating pedagogy. Through semi-structured interviews, visits to some participants’ basic health units and critical reflections about the nurses’ experiences during meetings with the convergent group, data were obtained, which, transcribed, read and re-read resulted in key-codes, being gathered in categories that generated the main themes of this study. It was verified that the nurses have consistent preparation for technical activities and a positive self-image, however they present disarrangement in many aspects: little professional political participation, inexpressive social participation, absence for critical reflection of their praxis, among others. It was evident that the nurses of this study had not received the appropriate preparation (either in graduation or in their institution) to act in consonance with the actual health policy, however alternatives are pointed to its solution and innovations in their quotidian practice.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	07
ABSTRCAT .....	08
LISTA DE SIGLAS.....	09
INTRODUÇÃO.....	11
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
1.1. Sistema Único de Saúde .....	23
1.2. Processo educativo dos enfermeiros .....	34
2. MARCO CONCEITUAL .....	58
2.1. Pressupostos.....	59
2.2. Conceitos envolvidos.....	61
2.3. Representação gráfica do processo educativo .....	72
3. METODOLOGIA .....	75
3.1. Tipo de estudo .....	75
3.2. Contexto do estudo .....	78
3.3. Os participantes – Procurando eles para propor uma caminhada.....	81
3.4. Técnica de pequenos grupos .....	84
3.5. Processo de formação dos grupo deste estudo .....	88
3.6. Saída de campo .....	95
3.7. Registro e análise de informações .....	96
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	98
4.1. Resultados referentes aos elos .....	98
4.2. Autopercepção dos elos do caminho percorrido.....	105
4.3. Posicionamento dos elos sobre o SUS.....	117
4.4 - Visão dos elos sobre sua formação para atuar em saúde pública.....	133
4.5. Temas emergentes.....	152
4.6. Alternativas sugeridas pelos elos para resolução de problemas e inovações.....	175
REFLEXÕES FINAIS .....	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	189
ANEXOS .....	195

## LISTA DE SIGLAS

ABEn: Associação Brasileira de Enfermagem  
ACS: Agentes comunitários de saúde  
AIH: Autorização de Internação Hospitalar  
AIS: Ações Integradas de Saúde  
CAPS: Centro de Atendimento Psicossocial  
CNS: Conferência Nacional de Saúde  
Ciast: Centro Integrado de Atendimento ao Trabalhador  
Cofen: Conselho Federal de Enfermagem  
Coren: Conselho Regional de Enfermagem  
CRS: Coordenadoria Regional de Saúde  
DNSP : Departamento Nacional de Saúde Pública  
DRS: Delegacia Regional de Saúde  
FAA: Ficha de Atendimento Ambulatorial  
Forgrad – Fórum de Pró-Reitores de Graduação  
IDA – Integração docente-assistencial  
IES: Instituto de Ensino Superior  
Inamps: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
LOS: Lei Orgânica da Saúde  
MEC: Ministério de Educação e Cultura  
OMS: Organização Mundial da saúde  
ONGs: Organizações Não Governamentais  
Paiub: Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras

Pacs: Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

Piass: Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

Prev-Saúde: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

Procon: Proteção de Defesa ao Consumidor

PSF: Programa da Saúde da Família

Senaden : Seminário Nacional de Diretrizes e Bases da Enfermagem

SSMA/RS: Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul

SUS: Sistema Único de Saúde

TDO: Trabalhador, Decorador e Organizador ( elo )

UBS: Unidade Básica de Saúde

Unesco: Comissão Internacional sobre o Desenvolvimento da Educação

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação caracteriza-se como um estudo em que convergem a prática assistencial e a prática de pesquisa, envolvendo enfermeiros que atuam numa Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, diretamente comprometidos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs - e responsáveis pelo serviço de enfermagem das unidades básicas de saúde de seus municípios. A prática assistencial configurou-se por um processo educativo-cuidativo baseado em alguns princípios da pedagogia libertadora (Paulo Freire), referente a questões teóricas e políticas do Sistema Único de Saúde – SUS, e a prática de pesquisa consistiu no registro e análise das informações obtidas durante o processo educativo-cuidativo.

O processo educativo-cuidativo incentivou a reflexão crítica do cotidiano profissional dos enfermeiros e da própria enfermagem na realidade do sistema público de saúde ambulatorial e a descoberta de possibilidades de mudanças nessa práxis, de modo a buscarem o desenvolvimento pleno da cidadania, bem como a melhoria da qualidade de vida da população.

Há muito tempo, na prática docente, venho participando da formação dos integrantes da equipe de enfermagem. Num primeiro momento, pude acompanhar e colaborar no processo de formação de auxiliares de enfermagem e, posteriormente, de acadêmicos de enfermagem. A maior concentração deste trabalho tem ocorrido nos últimos semestres do curso de graduação, nos quais percebemos a insegurança dos acadêmicos do assumirem o seu papel como profissionais, independentemente da área em que atuarão. Tal expectativa é

normal, pois a responsabilidade, antes de seus professores, passa, agora, a ser de cada um.

A partir de 1992, iniciei na saúde pública, até então um mundo a ser descoberto por mim. Nele descobri um campo vasto e riquíssimo para o profissional enfermeiro, que pode atuar de forma mais autônoma e independente. Porém, os enfermeiros que a ele se dirigem, na maioria das vezes, não estão devidamente preparados para as atividades que o caracterizam, dirigindo-se mais para a área hospitalar. Com as municipalizações da saúde, entretanto, em decorrência da implementação do princípio da descentralização, integrante do SUS, as áreas ambulatorial e hospitalar sofreram repercussões desta nova política de saúde, que passou a integrá-las de forma unificada, ampliando o mundo de trabalho dos enfermeiros e dos demais componentes da equipe de saúde.

Durante a minha vivência profissional, como docente do curso de enfermagem e, posteriormente, como enfermeira inserida nas atividades de saúde pública, constatei que os enfermeiros recém-formados enfrentavam algumas dificuldades na sua adaptação à área ambulatorial. Na verdade, a maioria dos egressos dos cursos de enfermagem sentem-se mais seguros para atuar em nível hospitalar porque, de modo geral, é esse que ainda recebe maior ênfase. Outra alternativa que se lhes apresenta é a opção pela atuação liberal, independente, contudo a inexperiência e sua conseqüente insegurança, bem como os investimentos necessários, levam a maioria a optar em manter vínculo com alguma instituição de saúde. Não se decidindo por nenhuma dessas áreas, não restam muitas escolhas ao enfermeiro, que, então, mesmo sem preparo específico, tanto em sua formação acadêmica quanto por parte da instituição que o recebe, é introduzido na saúde pública.

No que concerne às instituições que atendem à saúde pública, geralmente há nelas preocupação apenas com a parte técnica e operacional do cotidiano, não fornecendo aos que nelas ingressam o conhecimento da história do SUS e de seus princípios, nos quais elas se fundamentam e que devem ser conhecidos pelos enfermeiros para que estejam aptos a aplicá-los na sua práxis. Esses

sofrem, assim, uma certa intranqüilidade e dificuldade de adaptação por ser essa área diversa da hospitalar, para a qual receberam maior preparo técnico-científico.

Dessa forma, observamos que a formação dos enfermeiros não tem acompanhado, de forma sistemática e integrada, as mudanças nas políticas de saúde, acarretando problemas no dia-a-dia da enfermagem nas UBSs, tais como falta de observação dos princípios do SUS na práxis; atendimento mecânico e desumanizado, enfatizando a quantidade e não a qualidade; falta de aproveitamento das oportunidades para prestar informações à população sobre o SUS e seus mecanismos *in loco*; comunicação deficiente ou, quando presente, não desenvolvida no nível de compreensão da clientela.

Por outro lado, devemos salientar que a enfermagem que atua em saúde pública tem uma jornada de trabalho flexível, com finais de semana e feriados livres. Além disso, a remuneração está de acordo com o mercado de trabalho do enfermeiro, possibilitando-lhes, inclusive, duplo vínculo empregatício, ainda que possa lhe provocar maior desgaste físico e emocional. Como, na graduação, a abordagem sobre o SUS é muito teórica e pouco prática em vivências desenvolvidas pelos acadêmicos de enfermagem, ao assumir atribuições como coordenador das UBSs, essa lacuna se reflete em suas condutas.

Com a implantação do SUS, desde 1988, como meio de universalização da atenção à saúde, esperava-se que sua implementação ocorresse de forma imediata. Porém, isso se deu de forma excludente, tendo havido a difusão de planos de saúde privados devidamente autorizados e legitimados pelos governantes, aos quais a camada média da população aderiu. Ocorreu, assim, uma nova divisão na assistência à saúde, pois, ao mesmo tempo em que se ampliou o acesso a ela pela universalização, isso não foi acompanhado na mesma proporção pelos recursos financeiros que se faziam necessários. Esta nova fragmentação demonstra falta de vontade política dos governantes em implantar um sistema de saúde realmente único e para todos. Com essa breve análise, já podemos constatar que a equidade fica comprometida de diversas formas, sendo mantidas as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de

saúde. Fica claro, pois, que apenas a legalidade não garante a implementação da equidade, visto que “a mera transferência de recursos físicos e financeiros não acarreta uma mudança política na comunidade, podendo ao contrário, acirrar as práticas clientelistas ...” (Fleury, 1994,p.48).

Com a municipalização da saúde e a adesão a programas também desconhecidos e inovadores na atual política de saúde, especialmente o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - Pacs – e, mais recentemente, o Programa da Saúde da Família - PSF, a procura por enfermeiros para atuar nessa área cresceu muito.

Nesse contexto, tenho vivenciado que a formação da enfermagem continua ocorrendo com maior ênfase nos aspectos hospitalocêntricos, desvinculada da nova fase política da saúde brasileira. Esse fato é constatado pela ausência de aulas práticas e estágios nas UBSs durante os cursos de formação das diferentes categorias profissionais. Os acadêmicos de enfermagem têm recebido maiores informações na área de saúde pública, mas, de forma geral, é oportunizada pouca bagagem de vivência nos principais programas preconizados pela política de saúde vigente; são-lhes fornecidos mais aspectos informativos do que formativos, de tal forma que, ao final do curso, sentem-se angustiados e inseguros para assumir essa área, o que leva a maioria a optar pela instituição hospitalar.

Hoje, entretanto, como um novo mundo de trabalho abre-se na área de saúde pública, os profissionais de enfermagem acabam exercendo as atividades a ela inerentes, mesmo sem o preparo devido em sua formação para assumirem a complexidade dessas ações, especialmente nos municípios de pequeno porte. Por outro lado, as instituições públicas que absorvem esses profissionais, quando lhes fornecem treinamento introdutório, esse é muito superficial, técnico e fragmentado, não envolvendo sua inserção na política de saúde vigente. Raramente, os profissionais recém-admitidos são inteirados nos princípios norteadores do SUS - na sua íntegra e prática no cotidiano de trabalho que estão assumindo – como uma abordagem realmente significativa, com todas suas dimensões e decorrentes implicações.

Em seu campo de atuação, esses enfermeiros defrontam-se com uma enorme demanda de atividades – quanto menores os municípios, maiores são elas; dessa forma, despreparados, têm seu desempenho prejudicado, especialmente no que diz respeito à dicotomia entre o que a instituição empregadora deles espera e o tipo de preparo que eles receberam durante a sua graduação. Certamente, com o passar do tempo, através de erros e acertos, acabarão dominando as atribuições práticas e cotidianas, porém permanecerão com um conhecimento limitado das políticas de saúde que norteiam sua práxis.

Neto (1994) entende ser essencial para o processo de instalação e continuidade do Sistema Único de Saúde:

- participação e conscientização da população em relação aos seus direitos à saúde, organização para controlar as políticas e ações de saúde em direção às suas necessidades;
- trabalhadores de saúde e população com objetivos comuns estabelecidos para suas ações;
- encarar o Sistema Único de Saúde como um projeto consciente, orientado pelos princípios da Reforma Sanitária, para uma política pública que pode e deve dar certo.

A situação é similar com os profissionais de enfermagem de nível médio, cuja formação é centralizada no nível hospitalar, basicamente na execução de procedimentos que envolvem avançada tecnologia. Assim, quando inseridos no mundo do trabalho da saúde pública, encontram dificuldades em desenvolver ações educativas junto à população.

Recentemente, os auxiliares de enfermagem passaram pelo processo de qualificação, no qual muitos atendentes foram promovidos a auxiliares após realização de cursos, o que veio ao encontro da melhoria da qualidade dos serviços prestados pela enfermagem. Contudo, muitos atendentes, especialmente da rede pública ambulatorial, não buscaram essa qualificação; por conseqüência, desde 1998, prazo estipulado como limite para isso, foram legalmente afastados das atividades de enfermagem. Essa medida afetou a rede pública ambulatorial

uma vez que muitos funcionários tiveram de ser substituídos, além de outros que se aposentaram. Alguns poucos ainda permanecem em situação irregular, tanto em nível de saúde pública como hospitalar, o que configura o exercício ilegal da enfermagem.

Outro aspecto que observamos é que aos enfermeiros que atuam em municípios de menor densidade populacional são atribuídas as responsabilidades das atividades relacionadas com a saúde em toda sua abrangência, apesar de haver normatização a respeito da exclusividade daqueles que atuam no Pacs. Os dirigentes municipais se julgam no direito de cobrar isso (o que, muitas vezes, envolve atividades hospitalares) do profissional em razão de seu "alto custo", se comparado com outros integrantes da equipe de enfermagem. Fica, assim, o profissional enfermeiro, na maioria dos casos recém-formado, além de responsável por atividades para as quais se sente despreparado, sobrecarregado.

Como instrumento para o seu esclarecimento, citamos a normatização das ações de todos os programas da SSMA – RS, Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente - Rio Grande do Sul, ocorrida a partir de 1997, que veio auxiliar muito a condução dos trabalhos relacionados com a rede pública ambulatorial. É essa uma fonte de consulta técnica e operacional valiosa para quem se integra às atividades desse setor, a qual, contudo, não faz referência à política de saúde vigente.

Relacionando os aspectos relatados pelos acadêmicos, o desempenho dos enfermeiros que atuam na saúde pública e a própria dicotomia entre enfermeiros docentes e assistenciais, verificamos falta de sintonia no preparo para atuar nessa área. Considerando o Sistema Único de Saúde como um projeto em construção, torna-se necessário um olhar mais enfático sobre o processo educativo no que tange à formação do enfermeiro e da enfermagem. É urgente um novo enfoque, capaz de preparar profissionais habilitados para atuar em nível individual e coletivo; profissionais conscientes de sua cidadania e de seu direito à equidade em suas próprias relações cotidianas de trabalho; profissionais tecnicamente capacitados, mas também inseridos em seu contexto, exercendo e fazendo exercer o controle social sobre as prioridades que a população

legitimamente elege; enfim, profissionais voltados para os interesses da comunidade,] como elemento indissociável de sua práxis.

O currículo dos cursos de enfermagem, desde 15 de dezembro de 1994, conforme portaria do MEC nº 1721, registra a necessidade do preparo do enfermeiro de forma equilibrada para atuar em nível hospitalar e ambulatorial, com enfoque clínico-epidemiológico. É preciso, portanto, articular uma nova relação da escola com as unidades de serviço, através de seu processo de trabalho, de reflexão sobre a realidade, observando a grade curricular e seu significado na formação profissional (Saupe, 1998).

É necessário lembrar que o papel educativo do enfermeiro não se exerce apenas no ensino formal, mas em toda e qualquer prática de enfermagem, tendo em vista que o cuidar e o educar ocorrem de forma simultânea. Nesse sentido, Amador (1991) refere-se aos vários modelos de colaboração escolas-serviços e salienta que, quando o corpo docente se envolve com a prática (aulas práticas e estágios), toma consciência dos problemas enfrentados pelos enfermeiros dos serviços e favorece um currículo que proporciona melhores oportunidades aos acadêmicos de aprendizagem, o que se refletirá em sua prática atual e futura.

É função das instituições de ensino proceder à formação geral do enfermeiro, lançando no mundo do trabalho profissionais aptos para exercerem as atividades das áreas fundamentais de sua atuação. Por sua vez, as instituições que os recebem devem contribuir com subsídios específicos ao que se propõem, preparando-os da melhor forma possível, com o que garantem objetivos claros e comuns, resultando em sucesso para ambos. Portanto, as instituições de ensino e as receptoras têm compromissos diferentes, mas convergem em sua importante participação na formação dos enfermeiros. Desenvolvendo atividades inerentes à saúde pública, o enfermeiro tem de agir de forma mais autônoma, porém, em contrapartida, exige-se dele maior responsabilidade em sua formação e atuação profissional.

Ao deter nosso olhar sobre a assistência à saúde prestada nas UBSs, veremos que a equidade, um dos princípios do SUS, pode ser muito questionada quanto a sua real aplicação no cotidiano. Esse princípio se evidencia, por

exemplo, nas salas de imunizações, que disponibilizam livremente vacinas para crianças até dez anos de idade, dentro de um calendário básico adotado no Rio Grande do Sul (Rio Grande Do Sul, 1998). Porém, se lançarmos nosso olhar para o país, nessa mesma faixa etária, a princípio, poderemos julgar que não há equidade, pois não se adota calendário básico nacional. No entanto, devemos considerar as diversidades regionais e as prioridades de acordo com as características epidemiológicas e a relação custo X benefício. Prova disso é a oferta da vacina contra Hepatite B, oferecida em alguns estados brasileiros por livre demanda a toda população por causa da alta incidência da doença nesses locais. Já, no Rio Grande do Sul, essa vacina é oferecida há pouco mais de um ano e apenas para menores de um ano, além de grupos considerados de risco.

Quanto ao acesso da clientela aos demais serviços prestados pela assistência à saúde nas UBSs, é comprometido pelo desrespeito aos princípios da equidade, universalidade, integralidade, descentralização, participação e controle popular no SUS, na medida em que a concessão de consultas médicas é limitada em um número predeterminado para cada profissional médico - 16 consultas. Assim, para as pessoas que chegam após o término das "fichas", é negado atendimento. Para obter seu intento, muitas dessas passam a noite em filas, haja vista que a única forma de obterem a assistência é através do SUS, diferentemente daqueles que aderiram a convênios na rede privada. Portanto, a igualdade de oportunidades não é respeitada, a qual, segundo, Giovanella et al. (1996), seria a igualdade de acesso para necessidades iguais, eliminando privilégios de grupos e de pessoas.

Chama-nos atenção, ainda, na área da saúde pública, a falta de comunicação entre o SUS e a população. Por não serem adequadamente informadas ou por desconhecerem onde os serviços ocorrem, as pessoas procuram-nos em diferentes locais, chegando, finalmente, ao atendimento já exasperadas e revoltadas contra o SUS. Há, portanto, dificuldades nessa comunicação, a qual não se dá de forma suficientemente clara e no nível do entendimento da população, possibilitando interpretações diversas. Na assistência prestada na sala de imunizações, por exemplo, podemos verificar que

a sua clientela, procedente de diferentes camadas socioeconômico-culturais, é tratada de forma igual, sem o devido respeito à sua cultura. Com isso, a questão da informação, que é vital no caso do tipo de vacina aplicada, dos efeitos pós-vacinais comuns e riscos de eventos adversos, fica comprometida.

O atendimento priorizando a técnica em detrimento do atendimento humanizado e holístico é outro indicador de iniquidade. Segundo Giovanella et al. (1996), reforçando a idéia defendida por Turner, nesse caso, pode ser percebida ausência da igualdade ontológica, que é o princípio pelo qual a igualdade é interpretada como inerente a todo ser humano.

Mas dramática, mesmo, é a falta de informações sobre o SUS por parte dos próprios profissionais de saúde que nele atuam. Como foi visto, ao se integrar ao sistema público, os profissionais não recebem orientações específicas sobre suas diretrizes norteadoras; logo, pecam pelo desconhecimento em seu nível de gestão, municipal, estadual ou federal, pela omissão na transmissão dos princípios norteadores do SUS. Assim, a difusão do que seja o SUS entre os profissionais que nele atuam e para a população em geral obedeceria ao princípio da equidade preconizado no sistema.

Teoricamente, o SUS sustenta uma filosofia totalmente diferente daquela tradicional, baseada no modelo curativo, todavia, na prática, continua baseando-se no modelo curativo visto que os profissionais que a praticam não foram esclarecidos; assim, não internalizaram essa nova filosofia.

É nesse contexto que a problemática deste estudo se situa – a enfermagem e o SUS: da realidade à possibilidade –, despertada por observações como docente e, posteriormente, como enfermeira atuante na saúde pública, através de conversas informais, reuniões de trabalho e assessoria prestada. Nessas atividades, pude observar descompassos entre o ensino formal e as exigências desse mundo de trabalho, os quais podem ser genericamente apontados pela ausência de um maior vínculo entre a teoria e a prática, que envolve, entre outros: ensino predominantemente teórico e pouco contato com a prática, a qual, quando ocorre, fornece vivências muito específicas direcionadas a uma realidade, não possibilitando uma visão global do contexto; pouca vivência

com a burocracia da rede ambulatorial pública; predominância do enfoque hospitalocêntrico na graduação; ambiente hospitalar que não vincula vivências com os princípios do SUS, cuja política de saúde é nacional, prevendo o nível ambulatorial e o hospitalar de forma integrada. Também, há falta de vontade política do poder público em assumir, de fato, a política de saúde vigente.

Essas questões levaram ao encaminhamento de uma reflexão mais profunda sobre a formação dos enfermeiros que atuam em saúde pública, a qual contribua para mudar o modelo de formação, vindo ao encontro de outro paradigma: a concreta internalização dos princípios do SUS no seu cotidiano. Para isso, é necessário que os enfermeiros compreendam a filosofia do SUS, a qual valoriza a participação da comunidade nas ações de saúde, tornando-a sujeito de seu próprio processo histórico, de forma consciente e organizada. Significa sair do fatalismo social, proceder à leitura do mundo e lutar contra si mesmo, usando todo seu potencial na busca de sua cidadania (Gadotti, 1989).

Portanto, optei por desenvolver este trabalho com um grupo de enfermeiros por acreditar que eles podem ser reprodutores dessa experiência, pois, atuando no processo educativo, indissociável de sua prática cotidiana, o profissional enfermeiro colabora para a melhoria da qualidade de vida da população, tanto em nível individual como no coletivo. A reflexão com os enfermeiros que atuam nas UBSs como uma possibilidade de reeducação, enfocando os princípios do SUS, consistiu numa forma de conscientizá-los sobre a importância desses pressupostos no seu cotidiano. Sabendo que a falta de informação facilmente conduz a erros, entendo que o domínio dessa no campo de atuação levará a maior possibilidade de êxito na sua práxis. Este trabalho também foi uma oportunidade para provocar maior abertura dos enfermeiros em relação aos usuários das unidades em que atuam, através do entendimento e da aplicação dos princípios do SUS à prática cotidiana, como um exercício de sua própria cidadania e de sua clientela.

Espero que este trabalho venha a fornecer uma melhor compreensão dos princípios do SUS a um grupo de enfermeiros participantes, resultando em maior segurança nas suas ações junto à comunidade de forma a beneficiá-la,

informando-a de seus direitos, estreitando suas relações através de um processo mais participativo, descobrindo juntos (enfermeiros e sua clientela) novas possibilidades e alternativas. Outra expectativa é que os enfermeiros se descubram como cidadãos, passando a atuar como força democrática ativa *na e com* a sua comunidade para avançar no paradigma preventivo, preconizado teoricamente pelo SUS e tão pouco incrementado na prática. Enfim, que a enfermagem, nas UBS dos municípios envolvidos no estudo, passe a atuar de forma reflexiva sobre as implicações no seu cotidiano, abrindo possibilidades para uma práxis mais justa, digna e coerente, na qual a participação popular tenha voz para realizar suas manifestações.

Na área da formação da enfermagem, como prática desenvolvida, objetiva fornecer indicadores para mudanças político-pedagógicas na condução do ensino, bem como no enfoque da grade curricular dos enfermeiros. Isso não significa formar o enfermeiro apenas para o mundo do trabalho, mas para que saia dos muros da academia preparado para o mundo, para enfrentar as rápidas transformações, assumindo que o conhecimento é constantemente mutável e a valorização da vida humana deve ser o ponto central de sua ação.

O objetivo geral deste estudo é proporcionar um espaço educativo-cuidativo fundamentado em princípios da pedagogia libertadora e nos princípios do SUS a um grupo de enfermeiros que atuam nas UBSs de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

Os objetivos específicos podem ser assim elencados: formar um pequeno grupo convergente com enfermeiros para refletir sobre a fundamentação teórica da Reforma Sanitária; compartilhar saberes referentes às concepções teóricas e políticas do Sistema Único de Saúde e sua operacionalização na prática das UBSs; refletir sobre o trabalho cotidiano dos enfermeiros nas UBSs e sua relação com a formação recebida no curso de graduação e no programa de educação continuada; e iniciar a construção coletiva de uma proposta de assistência baseada nos princípios do SUS de forma coerente com a realidade, utilizando os princípios da pedagogia libertadora.

Como relato da pesquisa convergente-assistencial desenvolvida, este texto apresenta, em seqüência, como primeiro capítulo, a revisão de literatura; em segundo lugar, o marco conceitual que norteou todo o trabalho realizado; no terceiro capítulo, descrevo a metodologia utilizada e, por fim, como parte central, realizo a análise e discussão dos resultados obtidos na prática assistencial, sintetizados nas reflexões finais.

# 1. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão bibliográfica enfatizará os princípios norteadores do SUS e o processo educativo-cuidativo dos enfermeiros, em nível formal, através da graduação, e em nível institucional, através da educação continuada.

## 1.1 Sistema Único de Saúde

Retrocedendo na história das políticas de saúde no Brasil, podemos ver que essas foram acompanhadas por muitas lutas, que apontavam diferentes interesses: de um lado, as necessidades da população; de outro, a intervenção do Estado em favor dos privilégios de poucos. Foi, pois, só a partir da implantação do SUS que conquistamos uma política de saúde que contempla a participação social, sendo, portanto, o primeiro sistema de saúde democrático implantado em nosso país.

Antes da Constituição Brasileira de 1988, a saúde era considerada um direito apenas daqueles que contribuíam com a Previdência Social, mesmo que com acesso aos serviços de saúde de forma precária. Sabemos que a questão saúde está diretamente relacionada com a qualidade de vida e isso envolve um conceito ampliado de saúde, o qual só pode ser visto inserido no contexto do ser humano, avaliando suas condições de moradia, alimentação, água, esgoto, transporte, educação e lazer (Brasil, 1996).

A partir da década de 1970 e, particularmente, da de 1980, emergiu no Brasil o Movimento Sanitário, que contou com a participação de intelectuais,

universidades, comunidades organizadas, profissionais de saúde e alguns políticos comprometidos com as causas da população, os quais visavam realizar uma Reforma Sanitária no país, assim definida por Fleury: “Reforma Sanitária é um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares (...) na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (1994, p.45). <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Em nossos dias, a legislação garante o direito à saúde como um dever do Estado, mas não há um atendimento adequado porque faltam recursos, medicamentos e pessoal. Também não podemos negar os “desvios” de verbas que ocasionam verdadeiro caos ao sistema de saúde proposto. O projeto do SUS nasceu de forma a se contrapor ao regime da ditadura política, que atendia a interesses comerciais de alguns, em detrimento da saúde da população. Isso induziu ao aumento dos serviços médicos privados, que foram incorporados pelo Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – enquanto os serviços públicos dos postos de saúde, hospitais e centros de saúde passaram a ser desprestigiados, encarados como prestação de serviços de saúde para pobres, cuja qualidade de atendimento se tornou precária (metade da década de 1970). Caracterizava-se, assim, um serviço de saúde sem direito à saúde, uma vez que se exigia a contribuição previdenciária para a obtenção do benefício, porém a extensão da cobertura se dava pela massificação de privilégios e não da extensão como direito (Fleury, 1994).

A falta de controle dos serviços privados contratados e a forma de pagamento pelo atos realizados induziram a numerosas distorções do sistema, processo no qual os interessados – setor privado – ganhavam com a doença da população e os dirigentes nacionais descomprometiam-se com a saúde e com os recursos públicos, usando o setor para fins eleitoreiros e clientelistas. Gerou-se, assim, um sistema perverso porque “...se internava mais do que o necessário e, principalmente, se deixava de gastar em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde” (Neto, 1994, p.8). Não raras vezes, ocorria duplicação de

ações por vários órgãos em virtude da extrema centralização, que não dava autonomia aos Estados e Municípios.

Na década de 1980, o Brasil foi marcado por uma crise econômica, política e social centralizadora, privatizante e ineficaz, com estagnação do crescimento, descontrole inflacionário e recessão, refletidos na interrupção do desenvolvimento e na deteriorização das condições de vida e de saúde da população. Sob pressão popular, o governo acenou com a redemocratização do país, abrindo espaço para a mudança do sistema de saúde, caracterizado como caótico, sem qualidade, ineficiente, autoritário e descomprometido com a saúde do brasileiro (Campos, 1992). O próprio regime político no Brasil estava em crise, ainda sob a ditadura militar, e o processo inflacionário mostrava franco crescimento, gerando desenvolvimento econômico precário com a ascensão do desemprego. Esse contexto marcou o fim do “milagre econômico” e o início de uma profunda e crescente crise econômica que influenciou o processo de redemocratização nacional. Foi essa chamada por muitos de “década perdida” (Mendes, 1995).

Nessa época, os reflexos da Conferência de Alma-Ata, na URSS, patrocinada pela OMS e realizada em 12 de setembro de 1978, foram fortemente enfatizados no país com o objetivo que era a meta mundial, “*Saúde para todos até o ano 2000*”, evidenciando a responsabilidade dos governos com a saúde de seus povos e buscando uma vida social e econômica produtiva. A conquista dessa meta estava centralizada nos cuidados primários de saúde.

A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil é caracterizada por lutas e interesses que, de um lado, visavam às necessidades da população; de outro, à intervenção do Estado em favor do privilégio de poucos. Em virtude do clamor popular por um sistema de saúde nacional mais racional, o governo foi induzido a considerar essa proposta. Uma primeira tentativa foi o Pias – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, dirigido especialmente para áreas rurais do Nordeste (Neto, 1994).

Em 1980, o governo elaborou um projeto de reorientação global da saúde a partir de uma rede de serviços básicos chamada Prev-Saúde, cuja finalidade seria integrar o Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência. O projeto

preconizava a atenção primária de saúde, a participação comunitária, a reorganização do setor pela hierarquização por níveis de complexidade dos serviços, a regionalização do atendimento e o estabelecimento da entrada única no serviço através do nível de atenção primária à saúde. Tal proposta, no entanto, não ganhou espaço para sua concretização, como enfatizam Coelho, Westrupp e Verdi (s.d., p.9).

Em 1982, o governo mudou a forma da sua política de assistência através da introdução do pagamento ao setor privado por diagnóstico e adotando convênios com os estados e municípios a fim de utilizar a capacidade instalada da rede pública. Surgiram, então, as Ações Integradas de Saúde – AIS - e as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH --: “As AIS proporcionaram base técnica e princípios estratégicos para a Reforma Sanitária” (Chianca, 1994, p. 51).

Em março de 1986, realizou-se em Brasília a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, que proporcionou a participação democrática de todos os segmentos da sociedade, contando com mais de quatro mil participantes. O evento foi precedido por conferências municipais e estaduais orientadas por documentos preliminares que foram discutidos coletivamente nesse níveis, objetivando posterior apresentação e discussão na conferência. Esse fator constituiu um diferencial em relação às conferências anteriores, as quais possuíam documentos-base já previamente elaborados (Chioro e Scaff, 1999 ).

Essa conferência caracteriza-se como ponto de mutação no processo de formulação da política nacional de saúde, sendo considerada o marco doutrinário da proposta da Reforma Sanitária no Brasil. Também foi marcada pelo confronto de opiniões e idéias entre prestadores de serviços e usuários dos serviços de saúde. O processo que culminou com a VIIIª Conferência Nacional de Saúde remonta de lutas e conquistas desencadeadas desde antes da década de 1970 e foi, acima de tudo, o resultado de um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde. O movimento sanitário cresceu e ganhou consistência, ao mesmo tempo em que avançou na produção de conhecimentos, na crítica ao modelo de política de saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da

população. Segundo Neto (1994) e Chioro e Scaff (1999), como resultado central dessa conferência, houve o consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por:

- conceito abrangente de saúde: diretamente relacionado aos seus determinantes: direito de cidadania, dever do Estado, dependência político-social-econômica, caracterização dos serviços de saúde como bens públicos e sociais, alteração no relacionamento com o setor privado;
- saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- a instituição de um Sistema Único de Saúde (Chioro e Scaff, 1999).

Ainda conforme esses autores como desdobramento prático, ocorreu a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, responsável pelo desenvolvimento de trabalhos técnicos que influenciaram significativamente os dois processos iniciados em 1987:

- novo conceito de saúde: trata-se de um conceito ampliado de saúde, deixando de ser apenas *serviços médico-assistenciais* passando a ser entendidos como *condições de vida e de trabalho dos cidadãos*, diretamente relacionados a seus determinantes direito de cidadania, dever do Estado, interdependência dos serviços de saúde como bens públicos e sociais, com alteração no relacionamento com setor privado;
- reformulação do Sistema Nacional de Saúde: firme convicção da necessidade da criação de um sistema único de saúde, ordenado por um único ministério, com unidade em todas as esferas de governo (federal, estadual e regional). Essa questão foi mais política do que técnico-administrativa. Tal sistema deveria absorver os seguintes princípios:
  - integralidade das ações;
  - regionalização e hierarquização;
  - descentralização, ou seja, comando único em cada instância federativa;
  - universalidade da atenção da saúde;

- fortalecimento do papel do município;
- recursos humanos capacitados: com isonomia, estabilidade, composição multiprofissional das equipes, compromisso dos servidores com os usuários, direito à sindicalização e greve.

Conforme documento compilado pelo Ministério da Saúde sobre a Promoção da Saúde (Brasil,1996), a Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde foi realizada de 17 a 21 de novembro de 1986, na cidade de Ottawa, no Canadá, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde e Bem-Estar Social do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública, constituindo-se numa resposta à crescente expectativa por uma nova saúde pública no mundo. Suas discussões focalizaram sobretudo as necessidades em saúde nos países industrializados, mas não dispensaram os problemas de outros países do globo. Os trabalhos realizados, baseados nos progressos alcançados com a Declaração de Alma Ata para os Cuidados Primários em Saúde (Brasil, 1996), com o documento da OMS sobre Saúde para Todos e o debate ocorrido na Assembléia Mundial de Saúde – Ações Intersetoriais para a Saúde, foram sintetizados na *Carta de Ottawa*, que preconizava a promoção da saúde com o objetivo de *Saúde para todos no ano 2000*. Esse documento foi assinado por duzentos delegados que representavam as 38 nações presentes; ele contém o conceito mundial de *promoção da saúde*, bem como outros conceitos que influenciaram e reforçaram as concepções de saúde e de Reforma Sanitária no Brasil.

A abordagem central da *Carta de Ottawa* (Brasil, 1996) pode ser sintetizada como:

- *Ênfase para a promoção da saúde* como forma de proporcionar aos povos os meios necessários para que participem ativamente na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, exercendo um maior controle sobre a mesma. O bem-estar físico, social e mental adequado de um indivíduo ou grupo pode ser alcançado quando é capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, essa vista como fonte de riqueza da vida cotidiana, um

recurso para a vida e não como objetivo de viver; é um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as atitudes físicas. A responsabilidade sobre a saúde de cada indivíduo não é exclusiva do setor saúde, pois está além da dependência do estilo de vida saudável uma vez que objetiva o bem-estar global;

- *Pré-requisitos ou condições fundamentais para a saúde:* apontam para a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade;
- *Defesa de causa:* os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, bem como os hábitos e os fatores biológicos, podem interferir positivamente ou não sobre a saúde. Uma boa saúde é o maior recurso para o progresso socioeconômico e pessoal e assume importante dimensão na qualidade de vida. O objetivo da ação para a saúde é fazer com que essas condições sejam favoráveis para que, de fato, seja incrementada a promoção da saúde;
- *Capacitação :* a equidade em saúde pode ser alcançada através da igualdade sanitária, capaz de reduzir as diferenças no estado atual de saúde dos indivíduos; assegurar oportunidades similares de capacitação para que todos aproveitem positivamente seu potencial de saúde. A partir de bases sólidas (ambientes favoráveis, acesso a informações, experiências e habilidades na vida), os indivíduos são capazes de proceder a escolhas para uma vida mais sadia. As pessoas não podem desenvolver seu potencial de saúde pleno sem conhecerem os fatores determinantes de sua saúde;
- *Mediação:* todas as condições prévias para proporcionar perspectivas favoráveis para a saúde do indivíduo, famílias e comunidades não devem ser centralizadas no setor sanitário. A promoção da saúde exige ação coordenada entre todos os envolvidos: governo, setor sanitário, setores sociais e econômicos, ONGs, de saúde, autoridades locais , indústrias e meios de comunicações. Todas as pessoas também devem sentir-se envolvidas nesse processo, e os profissionais de saúde assumem uma responsabilidade maior quando do papel mediador entre diferentes interesses existentes visando à saúde. As estratégias e programas de promoção da saúde devem ser

adaptados à realidade em que se aplicam (levar em consideração as diferenças em suas características socioeconômico-culturais).

A promulgação da Constituição Federal brasileira, em 5 de novembro de 1988, resgatou as propostas da VIIIª Conferência Nacional de Saúde e criou o SUS, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, com os seguintes princípios:

- saúde como direito do cidadão e dever do Estado;
- conceito ampliado de saúde considerando sua determinação social;
- construção do SUS tendo como princípios básicos norteadores: participação popular, universalidade, igualdade, integralidade e equidade;
- descentralização político-administrativa, com ênfase para os municípios.

Tais princípios foram desconsiderados pelo governo Collor de Mello, que propiciou, com seu plano econômico, o desmonte do setor público, sem comprometer-se com as propostas da Reforma Sanitária, apesar da lei.

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que regulam, fiscalizam e controlam as ações e serviços de saúde – nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, definem o SUS como “...o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Conforme Coelho, Westrupp e Verdi (s.d.), na IXª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em agosto de 1992, em Brasília, cujo tema central foi *Municipalização é o Caminho*, foram apontadas as dificuldades do setor saúde no contexto nacional, a saber:

- aumento da demanda por causa das precárias condições socioeconômicas da população;
- ausência de recursos para o setor saúde;
- desmonte do setor público.

Após os debates, a palavra de ordem foi *Cumpra-se a Lei*, com o objetivo de resgatar a responsabilidade do governo em cumprir os preceitos legais já conquistados pela Constituição.

A implantação do SUS ganhou forças no governo de Itamar Franco através da promulgação, em julho de 1993, da lei nº 8.689, que repassou as atribuições e competências do Inamps para o SUS. Isso marcou a saída de cena de um órgão símbolo de um modelo de saúde deficiente e distanciado da população (Coelho, Westrupp e Verdi, s.d.).

O SUS é um modelo progressista, que prevê ampliação quantitativa e qualitativa da ação estatal mediante mecanismos políticos e administrativos considerados inovadores; representa a primeira experiência concreta da Reforma Sanitária brasileira que conseguiu romper com a lógica corporativista e patrimonialista, tradicionalmente mantida em nossa história, e internalizar uma linha de reconhecimento do direito de cidadania (Chioro e Scaff, 1999).

Campos (1992) afirma que o ponto central da contradição do processo nacional da Reforma Sanitária é a clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar de, legalmente, a saúde estar sendo apontada para outro sentido. O modelo neoliberal aponta para a descentralização, com o controle de gastos, a privatização e a terceirização; induz para o universalismo excludente na saúde uma vez que o número de usuários aumentou e não foram destinados recursos na mesma proporção; prevê o deslocamento da classe média para o sistema privado, que o transforma num sistema de assistência discriminatório.

Em 1988, o Brasil definiu-se como um Estado Democrático de direito, o que significa que a administração pública está vinculada às estritas previsões legais, podendo ser permissivo apenas no que está contemplado antecipadamente em lei. As leis são o único instrumento hábil para criar, modificar ou extinguir direitos em um Estado Democrático de direito, só podendo, pois, ser feitas pelo povo (Dallari, 1994,p.19). Nisso está implícito o direito democrático.

A “Constituição Cidadã”, como foi chamada, incorporou uma nova lógica de organização da saúde, baseada na Reforma Sanitária, desmistificando a crença de que somente o autoritarismo conseguiria mudar as políticas de saúde no Brasil. O texto dessa Constituição foi defendido por um grupo de parlamentares apoiados no movimento da Reforma Sanitária e representa um avanço considerável, sendo reconhecida internacionalmente como referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional (Dallari, 1994).

A Constituição de 1988, em seu artigo 68, disciplina que os municípios têm autonomia resguardada ao seu peculiar interesse, havendo algumas atividades que são comuns em diferentes esferas de governo, o que se chama de *competência comum*. Ao considerar que “cuidar da saúde” (Dallari, 1994, p.20) é uma atividade de todos, distribui a competência comum para União, Estados e Municípios, porém fica claro que a União é encarregada das normas gerais e àqueles Estados e Municípios cabe suplementá-las (artigo 24 do 1º e 2º parágrafos).

O SUS é uma proposta de democratização da saúde no país pela qual a saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida das pessoas. É uma conquista de responsabilidade do governo e da sociedade através de suas políticas econômicas e sociais. É um direito humano e de cidadania visto que o Estado deve assegurar o acesso aos bens e serviços: ... “a idéia de que Saúde é um direito de todos e dever do Estado, é um princípio básico da reforma sanitária” (Neto, 1994, p. 11). Para êxito do SUS, tornam-se necessárias políticas gerais do governo e que o setor saúde se estruture e se organize no sentido de produzir efeitos positivos sobre a saúde das pessoas e da coletividade. Para que a proposta da Reforma Sanitária se cumpra, torna-se indispensável a implantação do SUS na sua íntegra.

O SUS, como já vimos, é um sistema formado por vários segmentos dos três níveis do governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado, como se fosse um mesmo corpo; é único por ter uma filosofia e sistemática comum, devendo atender a todos de maneira integral; descentralizado, racional (de acordo com as necessidades da população), eficaz

e eficiente (equipamentos adequados, pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população) e democrático (ter a participação de todos). É um processo que está sempre em aperfeiçoamento e adaptação (Neto, 1994).

Para um país como o Brasil, segundo o mesmo autor, o SUS é uma proposta arrojada, porém é resultado de várias lutas de um grupo de pessoas consideradas sonhadoras para o seu tempo, mas que, após 11 anos de sua implantação, já vêem os frutos do projeto. A verdade é que muitos se posicionaram contra, quer pela insegurança frente às mudanças, quer pela desacomodação que acarretaria a alguns privilegiados pelas políticas de saúde vigentes anteriormente.

Analisando as possibilidades do SUS com base nas conclusões de Neto (1994), vemos que ele é possível de concretizar se toda a sociedade, profissionais de saúde, usuários, prestadores dos serviços e dirigentes acreditarem que pode ser uma realidade. O sistema não depende de um segmento ou parcela da sociedade uma vez que só funcionará em sua plenitude através do exercício da cidadania, da divulgação das informações a ele inerentes à comunidade e seus segmentos, bem como aos profissionais da saúde. É, realmente, um processo em construção, pois, através da conscientização gradativa de seus direitos à saúde, cada cidadão poderá lutar pelo que lhe pertence.

Muitas vezes, os profissionais de saúde agem em seu cotidiano como se estivessem prestando um "favor" ao desenvolver suas atividades. Por sua vez, a população, por não ter acesso ao serviço privado, comporta-se como quem está sempre em busca de "favor". De nossa parte, é chegada a hora de mantermos uma atitude mais profissional. Se trabalhamos no setor público, bem remunerados ou não, assumimos um compromisso com a instituição e com a sua clientela; estamos desempenhando atividades para as quais fomos contratados; logo, o mínimo que se espera é uma conduta coerente com esse papel. Quanto à população, deverá tomar consciência de sua força e dos seus direitos à saúde, não porque está recebendo um "favor", mas porque detem a condição de cidadã e, como tal, o Estado deve providenciar uma rede de serviços que atenda às suas

necessidades; deverá ter acesso às informações de forma clara e objetiva, sem rodeios, para evitar mal-entendidos.

Pode-se dizer que as transformações necessárias para a adequação aos mandamentos da Constituição e das Leis Orgânicas de Saúde ainda não ocorreram, de forma que a população só terá o direito à saúde assegurado quando o SUS for definitivamente implantado. Isso significa mudar a lógica do sistema, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados das ações de saúde. Diz Neto (1994,p.17) que “o SUS não é o que está aí. É o que temos que construir”. Segundo o autor, há experiências positivas do SUS em várias cidades, especialmente de médio e pequeno porte, o qual pode ser atribuído:

- ao exercício do controle social através dos Conselhos de Saúde;
- à priorização do setor saúde com verbas municipais;
- à criatividade na gestão pública, voltada aos interesses da população

## **1.2 Processo educativo dos enfermeiros**

O processo educativo está inserido num contexto muito peculiar, no qual a ênfase está na tecnologia e nos avanços decorrentes do seu uso universal, aliada ao fenômeno da globalização, que permite a rápida difusão e acúmulo de informações conhecimentos e saberes.

Consideramos que as mudanças ocorridas no setor saúde afetam o perfil dos profissionais da saúde, principalmente na enfermagem, cujos reflexos são visíveis especialmente na área de atuação do enfermeiro. Antes, seu processo acadêmico, em nível de graduação, era centralizado no paradigma hospitalocêntrico, havendo pouca ou nenhuma preocupação com a saúde pública; com o passar do tempo, tem havido esforços para que o enfoque da promoção da saúde seja fornecido de forma equilibrada com a área curativa, objetivando melhoria da qualidade de vida da população. Em meio a essas múltiplas transformações, a enfermagem e a formação dos enfermeiros também

respondem a esses impactos na tentativa de adaptar-se ao contexto contemporâneo.

Hoje, a área da saúde pública passou a exigir do enfermeiro habilidades específicas, visto que ele assume a função de coordenador das UBSs, devendo, portanto, estar preparado para estabelecer prioridades; dominar as políticas de saúde vigentes; conviver com interferências partidárias e de determinados segmentos ou grupos; sensibilizar a comunidade de modo que ele exerça sua cidadania e conseqüente controle social e aprender a negociar com as lideranças nas diferentes esferas de poder, apresentando posicionamento técnico-científico e político consistente.

Tais qualificativos, entretanto, de modo geral, não caracterizam o enfermeiro pela ausência de maior articulação entre o processo de formação dos acadêmicos e as ações dele exigidas na área de saúde pública, o que já é histórico. Rizzotto (1999) salienta que a enfermagem brasileira surgiu num contexto de formação das cidades, no processo de industrialização/imigração, com conseqüente aglomeração de pessoas em precárias condições de vida, o que facilitou a proliferação de doenças infecto-contagiosas, agravando as já péssimas condições de saúde existentes; as epidemias se alastravam com facilidade e o Estado, então, sob pressão, obrigou-se a adotar medidas urgentes, priorizando ações relacionadas com a saúde pública nos primórdios da República. Essas atitudes também simbolizavam a necessidade de uma nova imagem do Brasil em nível internacional, uma vez que havia interesses político-econômicos em atrair investimentos e tecnologias estrangeiras para o desenvolvimento do processo de industrialização.

Segundo Giovanini et al. (1995), o pessoal de enfermagem que atendia aos hospitais civis e militares, mais tarde, voltou-se para saúde pública, principiando sua formação, com a edição do decreto federal nº 791, de 27 de setembro de 1980, que criou a primeira escola de enfermagem brasileira, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior, atualmente Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à Universidade do Rio de Janeiro. A

escola seguia os princípios das Escolas de Sapetrière na França e abordava enfoque hospitalocêntrico, visando suprir especialmente a lacuna deixada pelas religiosas, que atendiam os doentes mentais e haviam se afastado dos serviços de enfermagem dos hospitais que atendiam portadores de transtornos mentais, por incompatibilidade com o trabalho e condutas médicas. Ainda os mesmos autores relatam o trabalho desenvolvido pela Cruz Vermelha Brasileira durante a I Guerra Mundial, em 1914, no preparo de voluntárias para a atuação na enfermagem. Na verdade, esses cursos eram ministrados e administrados por médicos, que não os conduziam com uma visão própria da enfermagem, mas apenas qualificavam pessoas para serem suas auxiliares.

Seguindo em seu relato, Giovanini et al. (1995) informam que o serviço de Inspeção de Saúde Pública do Rio de Janeiro existia desde 1828, mas atuava com muita deficiência e pouca resolutividade. Assim, quando as doenças (malária, varíola, febre amarela e peste) trazidas pelos europeus e escravos africanos tornaram-se verdadeira calamidade pública, uma das medidas adotadas para solucionar a situação foi a reativação da Reforma Oswaldo Cruz, de 1904, criando-se uma Diretoria-Geral de Saúde Pública com o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal, que, mais tarde, originou o Instituto Oswaldo Cruz.

Na época, instalou-se o projeto campanhista/policial, baseado na intervenção da polícia sanitária e na execução de campanhas preconizando a separação entre pessoas sadias e doentes. Ocorreu, então, um verdadeiro combate às epidemias, de tal forma que a população era compulsivamente obrigada a receber vacinas, sem ter nenhum direito a questionamentos ou informações sobre as estratégias adotadas. Nesse período, praticamente inexistiam serviços ambulatoriais permanentes, percebendo-se a ausência de uma preocupação política que visasse à melhoria da qualidade de vida da população e à prevenção de problemas de saúde. As medidas adotadas atendiam apenas aos interesses econômicos e políticos da classe hegemônica, modelo que permaneceu durante os primeiros vinte anos dessa década (Rizzotto, 1999).

Giovanini et al. (1995) apontam que havia necessidade de pessoal preparado para a área de saúde pública, porém a formação era centralizada na área hospitalar, com estágios extremamente prolongados; em contrapartida, havia também uma lacuna de pessoal para o atendimento em nível hospitalar e a indústria farmacêutica era incipiente no Brasil, fazendo despertar o interesse americano. Em decorrência dessas constatações, a Fundação Rockefeller patrocinou a organização do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública no Brasil, sob orientação de enfermeiras norte-americanas.

No período de 1920 a 1926, Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, implementou a formação de uma equipe de profissionais de enfermagem que atuasse sistematicamente junto à população. Nessa, a enfermeira-visitadora assumia um papel relevante como “educadora sanitária” (Rizzotto, 1999), daí decorrendo a institucionalização da “enfermagem moderna” no Brasil. Em 1923, criou-se a primeira escola para formação de enfermeiros, a Escola Ana Néri, fundamentada no modelo nightingaleano, originário dos hospitais europeus e implementado nos hospitais americanos. Esse modelo foi implantado no Brasil, mas “...com o objetivo de formar profissionais que deveriam atuar em saúde pública, como agentes de educação em saúde” (Rizzotto, 1999, p.21). Contudo, esse papel destinado à enfermagem não chegou a se concretizar por causa da mudança brusca de paradigma: de impositivo e repressor para o convencimento participativo da população e a educação sanitária.

“A Escola de Enfermagem Ana Néri redimensionou o modelo da Enfermagem profissional no Brasil” (Giovanini et al., 1995, p.24). Foram selecionadas candidatas pertencentes às camadas sociais mais elevadas, com nível de escolaridade apurado, e procedeu-se à divisão social do trabalho, sendo destinadas a elas as atividades intelectuais mais complexas. Surgiu, assim, uma escola elitista, tradicional, que passaria a personificar a verdadeira enfermeira brasileira na medida em que passou a ser referência para as demais, através do decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1981. É importante ressaltar que essa

escola através dos princípios nightingaleanos, inculcava em seus alunos características, como submissão, espírito de serviço, obediência e disciplina.

Rizzoto (1999) destaca que a enfermagem moderna veio complementar o trabalho dos médicos sanitaristas, estabelecendo o papel mediador entre esses e a população. Explica que a rejeição àqueles deveu-se à invasão da privacidade e individualidade da população e ao fato de o processo de “conscientização sanitária” desconsiderava a assimilação e o alcance das orientações, além de que dependia “...fundamentalmente de mudanças estruturais da sociedade” (p.23). Concomitantemente a esses acontecimentos, o hospital passou a ter um novo enfoque, deixando de ser “morredouro” e transformando-se em um local de tratamento, cura e pesquisa, onde a necessidade de pessoas habilitadas ao cuidado técnico/científico era premente. Surgiram, assim, novos cursos de enfermagem, o que comprova que a origem da enfermagem esteve realmente voltada à área hospitalar e ao modelo biomédico.

Constatamos, então, que as práticas de saúde pública estiveram, inicialmente, centradas no modelo sanitarista. Com a institucionalização do hospital, que abandonou o aspecto caritativo para tornar-se empresa lucrativa e local de diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa, gerou-se a necessidade de especializações e do trabalho em equipe. Além disso, os avanços da biologia e áreas afins, bem como a pressão dos trabalhadores para um atendimento individualizado, geraram o fortalecimento e a consolidação do modelo hospitalocêntrico (Rizzotto,1999).

Em 1926, foi fundada pelas primeiras enfermeiras formadas na Escola Ana Néry a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileira, atual Associação Brasileira de Enfermagem – Aben, órgão registrado em 1928 e filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem em 1929. A Aben teve um papel relevante no desenvolvimento da legislação e da educação da enfermagem brasileira (Giovanini et al., 1995).

Em, 1931 “...criam-se normas legais para o ensino e exercício da Enfermagem (...) Várias escolas são fundadas estimuladas pelo Governo Federal, mas muitas delas, conduzidas nos hospitais e por irmãs de caridade sem preparo

específico” (Giovanini et al.,1995, p.24). Nesse período, a enfermagem profissional voltou-se para a saúde pública e o ensino, enquanto, nos hospitais, permaneceu a prática leiga e serviçal desenvolvida por religiosas.

Na década de 1940, a Escola Ana Néri foi incorporada à Universidade do Brasil. Em 1949, o projeto de lei nº 775 passou a controlar a expansão das escolas vinculando a educação em enfermagem aos centros universitários. Em 1961, a lei nº 2.995/56 passou a exigir nível secundário completo ou equivalente para ingresso à formação do enfermeiro.

Em 1973, foi criado o Conselho Federal de Enfermagem – Coren, órgão disciplinador do exercício profissional. Quanto aos sindicatos, surgiram com a finalidade de defender os direitos econômicos e as condições de trabalho dos profissionais da enfermagem. A Aben, Cofen e os sindicatos constituem os três órgãos máximos que representam a categoria na educação, na assistência e na defesa dos enfermeiros.

É possível relacionar essa breve retomada histórica com o processo educacional uma vez que ainda hoje é presente, na maioria das escolas de enfermagem, o modelo biomédico, apesar de todas as tentativas de adesão a algum modelo que forneça melhor adequação e segurança na sua execução. Percebemos que o processo educacional pouco se afastou do hegemônico modelo de educação iniciado na Escola Ana Néri, caracterizando-se pelo o aspecto curativo/hospitalar, individualista, que ainda é marcante e deve ser rediscutido. Toda a legislação sobre o ensino de enfermagem, como exemplo os currículos mínimos, revela que a formação do enfermeiro sempre esteve centralizada no pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar. Atualmente, pela nova LDB e Diretrizes Curriculares, visualizam-se flexibilidade e autonomia das instituições de ensino superior nas suas propostas político-pedagógicas. É a conquista de um espaço que necessita ser competentemente administrado, é um grande desafio para cada curso de graduação de enfermagem.

Ao observar o desenvolvimento histórico da enfermagem, fatalmente visualizamos “...que o ensino de enfermagem esteve na grande maioria voltado

aos interesses da classe dominante e das políticas do governo”(Nietsche,1998, p.149). Essa pesquisadora procedeu a uma retomada histórica do ensino da enfermagem no Brasil, consultando vários outros autores, identificando três teorias de educação presentes no desenvolvimento do ensino de enfermagem no Brasil:

a) *Pedagogia da Escola Tradicional*: presente no período colonial, quando não havia um ensino formal, mas apenas o informal, no qual o empirismo se manifestava principalmente pelos pajés, curandeiros e jesuítas. As doenças eram vistas como “castigo divino” e seu tratamento visava à salvação da alma. A enfermagem recebeu de forma intensa essa influência e, por muitos anos, enfatizou o aspecto caritativo e de auto-sacrifício.

A *pedagogia tradicional* ou *escola tradicional* é descrita por Schuller (1994-1995) como caracterizada pela valorização do ensino humanístico e da cultura geral; enfatiza o conhecimento, a ordem e a disciplina. A função básica da escola é o preparo intelectual e moral dos alunos para assumirem sua posição na sociedade; o ensino é centrado na cultura (= saber), entendendo-se que os problemas sociais pertencem à sociedade, logo, é desvinculado dos contextos e problemas sociais, ou seja, a escola fecha-se em si mesma.

Nessa concepção, a tarefa docente consiste em repassar conhecimentos acumulados pelas gerações adultas preparando o aluno para a vida. O professor é o centro do processo educativo, no qual ele transmite o saber de forma sistematizada, por isso deve ser competente e possuir conhecimentos enciclopédicos; é o intérprete dos fatos históricos e da realidade social. Quanto ao aluno, assume um papel passivo, enfatizando a absorção dos ensinamentos e verdades; o seu silêncio e a atenção são comportamentos esperados e valorizados. Assim concebido o processo educativo, a avaliação é desenvolvida através de provas orais ou escritas, nas quais os comportamentos indesejáveis são observados e encaminhados especialmente através de punições e notas baixas.

Dentro dessa concepção, houve tentativas de profissionalização da enfermagem, surgindo, assim, a Escola Alfredo Pinto (1980), a Escola da Cruz

Vermelha Brasileira (1916) e a Escola Ana Néri (1923), esta última, "... num processo de transposição do modelo americano, criada com base no *modelo vocacional nightingaleano* (grifo é nosso), mantendo, portanto, a ênfase nos aspectos morais e na rigidez disciplinar" (Nietsche, 1998, p.150). A autora aponta várias características impregnadas no ensino da enfermagem relacionadas à escola tradicional, tanto no passado como na atualidade:

- a importação do modelo americano, que impregnou o conservadorismo cultural e está desvinculado da realidade brasileira;
- o ensino é elitizante, voltado para as necessidades da classe dominante;
- a produção científica manteve-se deficitária e desvinculada da realidade social;
- a profissão é fortemente marcada pelo espírito de obediência e de humanidade, o que leva os que a exercem a adaptarem a realidade sem a preocupação de transformá-la;
- a adoção do regime de internato na formação favoreceu controle rígido das alunas, bem como as fichas de avaliação de estágios, reforçando a disciplina e a autodisciplina, centralizando fortemente os currículos de enfermagem na moral e na rigidez disciplinar;
- o processo de ensino adotado na enfermagem torna o aluno passivo, obedecendo a regras sem questionamento, visto que o relacionamento professor-aluno é vertical (autoritarismo). Os conteúdos são reproduzidos como verdades absolutas, sem vinculação com a experiência do aluno e as realidades sociais; a avaliação consiste na reprodução fiel dos ensinamentos do professor;
- a enfermagem, como prática social e política, é caracterizada por pseudo-neutralidade política, o que gera o conservadorismo das relações sociais, fruto da alienação ;
- "...a enfermagem copiou modelos (de assistência, de ensino...) e receitas para sua prática ( padronização, rotinas...) reforçando o princípio da escola como um lugar onde se têm as receitas, os modelos, as demonstrações" ( Nietsche,1998, p.152);

- a instituição do uniforme branco conferiu à enfermeira um caráter assexuado, sem classe social, sem agressividade ou desejos próprios, mais valorizados do que seu próprio conhecimento.

Através dessa retomada, vemos que “as escolas de enfermagem só *formarão* profissionais realmente aptos a avançar, quando permitirem que as contradições existentes na história de sua profissão e no mundo circundante afluam e sejam tratadas ao longo do processo de formação do enfermeiro” (Nietzsche, 1998, p.153). Na enfermagem, tem-se enfatizado excessivamente a obediência e o espírito de abnegação e dedicação, o que se mostrava adequado na época do surgimento da profissionalização da enfermagem, tendo em vista os fatos históricos e atividades exercidas então. Porém, hoje, não podemos mais nos satisfazer com acadêmicos de enfermagem que apresentem esse perfil; ao contrário, precisamos, como docentes, estimular seu potencial verbal, político e crítico para que se desenvolva como um profissional participativo, crítico e reflexivo.

*b) Pedagogia da Escola Técnica:* após 1964 até 1978, quando toda produção cultural passou a ser censurada pelo Estado, formando-se um verdadeiro Estado policial. Nessa concepção, Schuller (1994 -1995) aponta a ênfase dada à formação de indivíduos para o desenvolvimento da sociedade, o qual deve, portanto, possuir habilidades, atitudes e conhecimentos específicos para a integração ao sistema social.

As informações fornecidas nesse processo educativo devem ser precisas, objetivas e rápidas de modo a gerar indivíduos competentes. Para isso, deve-se dispor de uma metodologia educacional eficiente, rápida e objetiva, através de livros, manuais e audiovisuais; como métodos de ensino utilizam-se multimeios, microensino e módulos sequenciais, com os quais se busca garantir a eficiência e a efetividade na transmissão de conhecimentos. Considera-se, pois, a aprendizagem como uma questão de treinamento e o ensino é visto como um processo de condicionamento. É uma pedagogia diretiva no seu mais alto grau,

que, no Brasil, coincide com o período do regime militar, especialmente entre 1960-1970.

Na enfermagem, sob essa vertente teórica, houve o surgimento de várias escolas num curto espaço de tempo: 38 escolas de enfermagem no período de 1975 –1980, enquanto 41 escolas haviam surgido no período de 1923-1974, numa tentativa oficial de resolver a baixa qualidade da mão-de-obra, porém sem os investimentos necessários, o que comprometia a sua qualidade.

Os currículos dessas escolas sofreram influências da Reforma Universitária de 1968 (departamentalização, organização das disciplinas em créditos...) e do currículo resultante da resolução 04/72, que fragmentou o eixo de formação dividindo-o em três partes: pré-profissionalizante, tronco profissional comum e habilitações, centrado no modelo assistencial hospitalar. Ficava, assim, o ensino de enfermagem desvinculado da realidade, enfatizando o enfoque tecnicista, funcionalista e a assistência ao indivíduo hospitalizado. O processo saúde-doença assumiu uma visão biologicista e mecanicista, na qual a doença é considerada como uma disfunção orgânica: "...vê a doença desvinculada do contexto social e procura manter e aperfeiçoar a ordem social vigente (capitalismo)" (Nietsche,1998,p.155).

Nesse período, o ensino de enfermagem assistiu à modernização nos laboratórios, qualificação do corpo docente e dos métodos pedagógicos e adoção de tecnologia educacional, procurando manter a eficiência do processo educativo no intuito de colaborar com a meta de *Saúde para todos no ano 2.000*. Tudo isso porque a pedagogia ou escola tecnicista enfatiza a formação para o mercado de trabalho indivíduos tecnicamente competentes, porém sem possuir a prática da reflexão crítica. Dessa forma, a enfermagem voltava-se para o aprimoramento técnico, buscando habilitar-se ao uso de equipamentos e materiais sofisticados.

Na década de 1970, foi introduzida a disciplina de Administração Aplicada à Enfermagem, visando ao controle e à racionalização, que resultam na eficiência empresarial com o menor custo, em total acordo com as teorias de administração da época. Surgiram os primeiros especialistas na área da enfermagem e passou-se a utilizar o planejamento do ensino de enfermagem, objetivos instrucionais e

comportamentos terminais; no processo avaliativo, incluíram-se provas objetivas e fichas de observação. A aprendizagem dava-se em nível cognitivo, afetivo e de automação, havendo uma ênfase muito especial nas técnicas; em nível hospitalar, o enfermeiro passou a assumir posição de destaque em face de sua estreita relação com os funcionários.

Na atualidade, a escola tecnicista permanece muito presente entre nós no pressuposto vigente da neutralidade científica e nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade: “O desenvolvimento das técnicas está em volta de si mesma (...) .A enfermagem necessita urgentemente desenvolver e relacionar seus procedimentos técnicos dentro de um contexto social (...) o tecnicismo por si só não nos interessa mais enquanto pedagogia” (Nietsche, 1998,p.156).

*c) Pedagogia da Escola Crítica:* a partir da década de 1980, com a discussão de uma nova política de saúde e a própria instalação do regime democrático e, mais especialmente, no início da década de 1990. A pedagogia crítica visualiza o compromisso que as escolas de enfermagem têm com a sociedade, de formar profissionais capazes de atender às necessidades de saúde de sua realidade. Para isso, é necessário conhecer o contexto em que a profissão está inserida.

Na enfermagem também surgiram algumas tentativas para tornar seu ensino menos técnico e mais coerente com a realidade, que está em constante transformação. Segundo Gadotti (1995), é nesse contexto que se insere Paulo Freire, através da pedagogia *libertadora*, também conhecida como *problematizadora*, que preconiza um modelo ousado, crítico e radical. É uma pedagogia comprometida com a transformação social porque mantém a preocupação com propostas práticas baseadas na ação e na reflexão, constituintes inseparáveis da práxis. Como vimos, nas pedagogias anteriores, a enfermagem mantinha-se estática, apenas reproduzindo tecnicamente suas atividades. A partir da pedagogia da escola crítica, inicialmente de forma lenta e, na atualidade, rapidamente, começou a mudar sua forma de *ser e fazer* a

enfermagem, especialmente assumindo um papel mais ativo, criativo e interativo com a clientela e demais profissionais da saúde.

Para Freire (1979), a educação é essencialmente um ato de conhecimento e de conscientização, contudo, por si só, não leva a sociedade a se libertar da opressão: “A educação é uma resposta da finitude da infinitude (... é possível para o homem porque é inacaba e sabe-se inacabado” (p.28). Nessa concepção de educação, há uma nova dimensão do conhecimento, o qual é infinito, e é nisso que a pedagogia libertadora está fundamentada: acredita no potencial humano em poder ser cada vez mais; na busca constante e interminável do educar-se como sujeito desse processo; na utilização do diálogo crítico, que vincula o educando à leitura do seu contexto, levantando problemas e encontrando soluções.

Ainda, esse autor-educador considera que “...o homem é um ser inacabado...” e cita mais adiante: “...somente Deus sabe de maneira absoluta”, podendo concluir que é infinito o papel do educador (1979, p.28). Portanto, investir cada vez mais no potencial humano torna-se uma prioridade na educação, o que não deve ser diferente na enfermagem, visto que trabalhamos diretamente com o ser humano, o que aumenta as nossas responsabilidades profissionais. Freire ainda reforça que a busca pela soluções de problemas do cotidiano é traduzida pelo *ser mais*, ou seja, pela busca permanente de si mesmo, não é uma busca isolada porque, se assim fosse, voltar-se-ia para o *ter mais* (p.29).

A pedagogia libertadora ou problematizadora é centrada no diálogo crítico, que ocorre de forma horizontal, partindo das vivências de cada um; valoriza todo e qualquer conhecimento e valorizando na relação, “... o amor, humildade, esperança, fé e confiança” (Gadotti, 1995, p.23). O diálogo é considerado uma atividade pedagógica por excelência, pois parte-se dos conhecimentos já existentes para adquirir novos conhecimentos: “Ninguém é ignorante absoluto. Todos detêm, algum conhecimento (...) o que lhes falta é um saber sistematizado” (Freire, 1979, p.28).

É esse um processo de humanização, pois o educando é considerado sujeito do processo. Educador e educando aprendem juntos porque ambos têm

suas limitações, mas também suas potencialidades para ser mais. A mudança ou transformação é a verdadeira humanização do homem, do seu ser mais. Os seres humanos são seres de transformação, e não de adaptação. A busca pelo ser mais não ocorre de forma isolada, havendo uma estreita relação entre a comunhão e a própria busca. Freire (1979) também defende que só pode educar quem ama os seres inacabados; é através do amor que há sedução e prazer pela busca e pela conquista.

Na relação educando-educador, não há lugar definido para quem ensina e para quem aprende, pois o processo é simultâneo e recíproco. Nessa parceria, surge o facilitador, que alterna sua posição de acordo com o domínio do assunto em pauta. “A educação estimula a opção e firma o homem. Adaptar é acomodar e não transformar” (Freire, 1979, p.32). A função da educação é firmar o homem na sua própria condição, com o seu potencial de exclusividade, mas a busca pelo ser mais exige reflexão sobre sua situação, no seu espaço-tempo. Dessa forma, há comprometimento com sua realidade uma vez que é sujeito da sua aprendizagem: “... por isso, ninguém educa ninguém” (p.28).

Ainda, segundo esse educador, a consciência crítica que deve ser desenvolvida se caracteriza especialmente por profunda análise dos problemas; considera a realidade mutável; testa as descobertas continuamente; rejeita preconceitos; é inquieta e, por isso, autêntica; é indagadora; ama o diálogo e aceita o novo e o velho de acordo com sua validade.

Concordamos com Madalena Freire (1992), a qual diz que só é possível ensinar e aprender movido pelo desejo e pela paixão, sentimentos que fomentam a esperança traduzida pelos nossos sonhos. Segundo Rubens A. Alves (1993), a grande tarefa dos professores é restaurar nos alunos a capacidade de sonhar, que nos impulsiona para a busca e, nessa busca pelo *ser mais*, cada um preenche parte de seu infinito mundo de conhecimentos.

A enfermagem tem avançado, mas há ainda muito para alcançar. Os avanços podem ser detectados nos temas reflexivos sobre a profissão debatidos nos congressos brasileiros de enfermagem a partir de 1985 e pela produção de

novos conhecimentos (livros mais críticos). Em nível teórico, Nietzsche (1998) aponta que podem ser alcançados maiores avanços tendo em vista que:

- as doenças estão focalizadas como produtos sociais e os indivíduos como portadores de diferentes valores sociais;
- a enfermagem tem participado de forma importante nos debates e definições das políticas sociais;
- a preparação de profissionais de enfermagem está sendo desenvolvida, gradativamente, dentro de uma linha de reflexão crítica;
- os conteúdos programáticos estão em consonância com o perfil profissional do enfermeiro, partindo dos indicadores de saúde, indicadores dos serviços de saúde e novas tendências da enfermagem ;
- a abordagem teórico-metodológica prevê a formação de um profissional situado dentro da realidade social, crítico, participativo e construtivo (político);
- o currículo em vigor (Brasil, 1994 - portaria 1.721 de 16/12/1994) possibilita a formação do profissional enfermeiro mais crítico, inserido num processo histórico e capaz de auxiliar na transformação das condições precárias de saúde do povo brasileiro .

Para que a enfermagem assuma, concretamente, a escola crítica, deve manter uma postura de reflexão crítica e, partindo dos educadores e dos educandos, deve ser participativa e voltada para as reais condições do contexto social e pedagógico na qual se encontram inseridos. Nietzsche (1998) salienta que a transformação da enfermagem não será fácil e que o caminho a ser percorrido é árduo. Isso porque não significa apenas mudar as tecnologias de ensino ou de planejamento educacional, mas mudar a postura profissional, o que incidirá sobre a ação educativa.

Segundo Saupe (1998), as diferentes legislações que ampararam o ensino de enfermagem no Brasil em seus diferentes momentos históricos foram:

a) Lei nº 775 , de 8 de agosto de 1949: reformou o ensino da enfermagem, porém manteve orientação do *curriculum guide* americano de 1937 até a Reforma Universitária, em 1968. Também o decreto nº 27.427, de 14 de novembro de

1949, que estabeleceu o currículo para formação do enfermeiro, exigia prática e estágios em hospitais, ambulatórios e unidades sanitárias. Essa legislação permaneceu em vigor durante 13 anos.

b) Parecer nº 271, de 19 de outubro de 1962: estabeleceu um curso geral (com três anos de duração e com oito disciplinas obrigatórias ficando excluída enfermagem de saúde pública) e duas alternativas para especialização opcional – Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Obstétrica (um ano de duração após a formação geral). Nesse currículo, apenas 10% das horas do curso eram destinadas para estágios, desencadeando-se a separação entre a assistência e a docência, pelo fato de, na época, muitas escolas se manterem também na direção dos serviços de enfermagem utilizado como campo de estágio, o que facilitava o acesso; por isso, centrado na assistência hospitalar. Esse currículo permaneceu em vigor durante dez anos.

c) Parecer nº 163 de 28 de janeiro de 1972 e resolução nº 04 de 25 de fevereiro de 1972: compreendiam o currículo em três partes distintas: pré-profissional, tronco profissional comum e habilitação em Enfermagem (Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde Pública ou Enfermagem Médico-Cirúrgica). Possuía um núcleo comum obrigatório e manteve a Saúde Pública apenas na habilitação, não na parte geral. A formação geral prevista consistia numa carga horária de 2500 horas-aula, com três anos de duração, e a habilitação abrangia 500 horas-aula ou 600 horas-aula para licenciatura. Também previa um terço para atividades práticas do tempo destinado à parte profissionalizante do curso. Essa legislação permaneceu orientando a formação dos enfermeiros durante 22 anos. Nesse período, criaram-se os primeiros cursos de pós-graduação em enfermagem, que passaram a gerar produções técnico-científicas e publicações.

A educação formal dos enfermeiros permaneceu durante muitos anos regulamentada pela resolução nº 04/72 (Brasil,1972), a qual, porém, tornou-se inadequada frente às transformações profissionais e sociais ocorridas. Nessa direção, o processo de formação dos enfermeiros permaneceu durante 22 anos centrado no modelo biomédico, individual e hospitalocêntrico. O currículo mínimo,

caracterizado pela compartimentalização e minimização do conhecimento, produzia intenção frágil e falsa de uma habilitação geral e outra específica (Obstetrícia, Saúde Pública ou Médico-Cirúrgica ).

d) Portaria nº 1 721, de 15 de dezembro de 1994: proposta curricular construída de forma participativa com todos os segmentos da enfermagem envolvidos, foi amplamente discutida em 1995 e implantada em 1996. Esta orientação na formação dos enfermeiros exigiu uma nova relação das escolas com as unidades de serviço, baseada numa reflexão da realidade social e seu significado na formação profissional (revisão dos campos de prática, atualização bibliográfica e uma renovada postura pedagógica).

Esse normativo, entretanto, apresenta algumas distorções, sendo uma das mais graves a total ausência de matérias e disciplinas que preparem o enfermeiro para o importante papel de educador (Saupe,1998); assim deixa claro o desconhecimento do legislador dessa importante função imbricada em toda e qualquer prática de enfermagem. Essa lacuna pode e deve ser preenchida pelo currículo pleno. Ainda, registra a necessidade do preparo do enfermeiro de forma equilibrada para atuar em nível hospitalar e ambulatorial, com enfoque clínico-epidemiológico. Apesar disso, muitos cursos de enfermagem não entraram em sintonia com a nova política de saúde que se estabeleceu no país, nem conseguiram operacionalizar o equilíbrio do enfoque preventivo/curativo.

A portaria em questão suprimiu as habilitações, que, em verdade, nunca se tornaram realidade na prática; indicou várias alterações no currículo de enfermagem, dentre as quais a inclusão da metodologia da pesquisa e o estágio curricular, com duração mínima de dois semestres, em hospitais e na rede básica ambulatorial de saúde. Enfatiza, de modo especial, a integração entre o ensino e os serviços.

Atualmente, na maioria das escolas de enfermagem estão se formando as primeiras turmas norteadas pela portaria nº 1 721/94. Percebe-se que algumas escolas já estão indo além dessa e buscam adaptar-se às Diretrizes Curriculares que a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) passou a nortear; muitas, porém, ainda buscam encontrar esse caminho.

e) *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, nº 9 394, de 20 de dezembro de 1996, que prevê a fixação dos currículos de cursos e programas, fazendo valer a autonomia universitária. Tentando adaptar-se a essa lei, a maioria das escolas estão em fase de estudos relativos ao seu conteúdo; algumas suspenderam o processo de reformulação curricular, aguardando novas orientações a respeito das Diretrizes Curriculares Nacionais (Saupe, 1998).

Com a edição da nova Lei de Diretrizes e Bases (Brasil, 1996), o currículo mínimo foi extinto e as diretrizes curriculares para o curso estão sendo construídas com a participação da comunidade profissional e de suas representatividades. Na enfermagem, o papel educativo do enfermeiro é enfatizado nessa proposta e representa avanços significativos em relação às legislações anteriores (Saupe, 1998). O preparo pedagógico na sua formação é visto como um instrumento que caminha junto com a assistência, pois, ao cuidar, o enfermeiro também educa e, ao educar, ele cuida.

Na enfermagem, constatamos que essa unificação com os órgãos de classe tem significativa representação na construção das diretrizes em nível nacional. Nessa caminhada, alguns indicativos já estão definidos e o perfil do profissional a ser formado sofre significativas alterações com o objetivo de voltar-se para a realidade. Alguns aspectos já apontados são: formar um profissional crítico e reflexivo com competência técnico-científica, ética, política, social e educativa, capaz de atuar profissionalmente, entendendo a natureza humana e de incorporar a ciência/arte do cuidar; capaz de estabelecer novas relações sociais com o contexto social; de compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais; de reconhecer-se como sujeito do processo de formação de recursos humanos; de dar respostas às especificidades regionais de saúde; de sentir-se como membro do seu grupo profissional e de reconhecer-se responsável pela coordenação do trabalho da equipe de enfermagem (Senaden, 3º, 1998).

O 3º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem – Senaden - ocorreu em 1998, dele tendo resultado, segundo Saupe (1998), orientações quanto:

- ao perfil do graduando: generalista, crítico, reflexivo, com competência técnico-científica, ético-político, social e educativo;
- habilidades e competências: para área da assistência, informação, educação, prevenção, investigação e gerenciamento em saúde;
- aos conteúdos essenciais relacionados a cinco áreas temáticas: bases biológicas e sociais da enfermagem, fundamentos de enfermagem, assistência de enfermagem, administração de enfermagem e ensino de enfermagem ;
- indicadores de avaliação: Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras – Paiub – e os indicadores de produção científica docente e discentes;
- à duração do curso: mínimo de 3 500 horas e de sete semestres, podendo as IES defini-lo da forma que melhor lhes convier.

A *Carta de Florianópolis*, elaborada no 51º Congresso Nacional de Enfermagem, no mês de outubro de 1999, relata o Enquadramento das Diretrizes Curriculares para o curso de enfermagem. Inicialmente, o documento faz algumas críticas quanto à “flexibilidade” do processo, classificando-o como um “enquadramento” no qual a autonomia fica comprometida . São relevantes os seguintes aspectos nele contidos:

- apresenta caráter autoritário reducionista ao propor o modelo;
- revela uma concepção fragmentada do processo ensino-aprendizagem pela desarticulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência;
- fragmenta o ensino básico do profissionalizante e retoma a especialização precoce;
- aponta a modalidade seqüencial para a enfermagem, gerando mais um agente com qualificação inespecífica para ser absorvido pelo mundo do trabalho.

A plenária, em relação ao que foi descrito, sugeriu:

- adoção da flexibilização curricular, que permita contínuas adaptações a fim de redimensionar os perfis profissionais aos constantes avanços da era globalizada;

- formar o bacharel em enfermagem com terminalidade na graduação;
- garantir um espaço de educação permanente e da pós-graduação para atualização constante e qualificação profissional;
- manter a Aben-nacional na coordenação/formulação das políticas educacionais e encaminhar o projeto político para a enfermagem brasileira de forma coletiva.

O projeto encaminhado reitera alguns tópicos já definidos no 3º Senaden e avança em outros:

- perfil : bacharel, generalista crítico e reflexivo, com competências técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas. Salienta-se sua inserção no contexto social, sendo capaz de intervir e transformá-lo; é capaz de assistir integralmente o indivíduo e a coletividade. A competência central é do enfermeiro bacharel-generalista, podendo advir caracterizações específicas, conforme projeto pedagógico do curso. Preparado para ser o coordenador do processo de cuidar em enfermagem.
- tópicos de estudos: o projeto pedagógico deve ser centrado no aluno como sujeito de sua aprendizagem e o professor deve ser facilitador do processo ensino-aprendizagem.

Os conteúdos essenciais apontam as cinco áreas temáticas: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem. O documento salienta que, no ensino de enfermagem, o acadêmico deverá ser capacitado pedagogicamente, independentemente da licenciatura, que é opcional. Essas áreas temáticas devem garantir a capacitação técnico-científica e política, possibilitando a inserção do formando no mundo do trabalho, por levar em consideração a demanda e as necessidades epidemiológicas.

Outros aspectos considerados na *Carta de Florianópolis*:

- duração do curso: mantém as 3 500 horas/aulas mínimas e introduz oito semestres;

- estágios: mantém dois semestres para o estágio curricular, a ser desenvolvido em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços e comunidades. O enfermeiro dos serviços de saúde onde se desenvolve o estágio terá efetiva participação nesse, juntamente com o enfermeiro-docente, responsável pela supervisão. Na conclusão do curso, todo aluno deverá elaborar uma monografia sob orientação docente;
- reconhecimento de habilidades e competências extra-escolares: devem-se criar mecanismos para reconhecimento de estudos e práticas independentes presenciais ou à distância, obedecido o prazo mínimo para conclusão do curso. Podem ser reconhecidas monitorias e estágios, programas de iniciação científica, estudos complementares, cursos realizados em outras áreas afins;
- estrutura geral do curso: diversificada, anual ou semestral. Pode haver reconhecimento de créditos, pré-requisitos, módulos e áreas temáticas. Deve-se assegurar articulação entre ensino, pesquisa e extensão, garantindo ensino crítico e reflexivo; estimular a experimentação e/ou projetos de pesquisa; garantir autonomia institucional, flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo. A estrutura curricular deve ser permanentemente avaliada e reajustada.

Temos percebido que o processo educativo não tem conseguido acompanhar esses avanços, ocorrendo disparidade entre a tecnologia que o educando tem à sua disposição em seu meio e aquela tradicionalmente oferecida pelas escolas e a maioria das universidades. A maioria dos educadores não têm sido contemplados com a educação continuada, tanto no setor privado quanto no público, a qual resulta de uma constante atualização relativamente aos conhecimentos específicos de sua área, bem como de metodologias e tecnologias de ensino. Tais iniciativas, na maioria das vezes, ocorrem apenas de forma individualizada, de acordo com as condições de cada educador.

O Plano Nacional de Graduação: um projeto em construção elaborado no XII Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras ,

realizado em maio de 1999, sinaliza algumas direções importantes para o ensino superior e também para a enfermagem:

a) *quanto à universidade:*

- deixa de ser uma instituição fundamental na produção do saber, assumindo importante função social, pela qual deve direcionar múltiplos olhares para a realidade, buscando o equilíbrio entre a vocação técnico-científica e a humanística;
- a universidade deve preparar seus futuros profissionais, capacitando-os para a investigação (pesquisa) e para “aprender a aprender”, encarando o permanente processo de educação continuada;

b) *quanto à graduação :*

- deve preparar o indivíduo para o exercício profissional e sua integração no mundo do trabalho; por isso, deve ter como requisitos a produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento da capacidade de adaptar-se a mudanças, manejo de informações e conhecimentos abstratos e preparo para atuar com grupos;
- os conteúdos básicos devem instrumentalizar a atuação criativa em situações imprevisíveis, capacitando o educando a dar respostas aos desafios; deve fornecer uma base sólida para que ele adquira, contínua e eficientemente, conhecimentos específicos, no que se constitui a educação continuada;
- deve ser “... o *locus* de construção/produção do conhecimento, em que o aluno atue como sujeito da aprendizagem”(XII Forgrad, 1999, p.10). A pura e simples transmissão ( educação bancária) deve ser abolida;
- “aprender a aprender” é entendido como o aprender e o recriar permanentemente, tendo em vista que todo saber é contextualizado historicamente;
- manter integração do ensino e pesquisa, articulados com as demandas sociais (extensão).

*c. quanto às diretrizes curriculares:*

As diretrizes curriculares são decorrentes da nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional, que, juntamente com a proposta de autonomia, propiciam o processo de transformação das universidades brasileiras. É um momento de desafios, mas a flexibilização e a responsabilização institucional são elementos importantes para o posicionamento das universidades.

De modo geral, as diretrizes curriculares apontam para a formação de profissionais e cidadãos competentes, que atuarão na sua área na transformação social e com potencial para enfrentar a problemática do mundo contemporâneo. Para que a rigidez dos tradicionais currículos mínimos seja superada, propõem-se os seguintes parâmetros para as diretrizes curriculares para os cursos de graduação:

- construção coletiva de um projeto político-pedagógico;
- flexibilidade de forma a atender às rápidas transformações das ciências;
- formação integral para viabilizar a construção de uma sociedade sustentável;
- graduação enfocada como um base sólida de um processo de educação continuada;
- disponibilidade de atividades complementares;
- primado da interdisciplinariedade;
- predomínio da formação sobre a informação;
- articulação entre teoria e prática;
- promoção de atividades educativas;
- indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

*d. Quanto ao corpo docente:*

- deve ser qualificado e requer um novo perfil;
- preferencialmente, deve ter doutorado e estar em constante atualização;
- deve ser portador de competência pedagógica, privilegiando o diálogo interdisciplinar.

No mês de abril do ano 2000, realizou-se o IVº Senaden, cujo relatório final ainda não foi divulgado. Sabe-se, contudo, através de participantes, que foi um evento riquíssimo, no qual houve relatos de experiências de várias escolas de enfermagem que já estão se enquadrando nas novas diretrizes curriculares. Todos os cursos de enfermagem passarão pela avaliação do MEC no próximo ano; assim, foi muito salientada a importância do plano político-pedagógico de cada curso, coerente com o que é realizado e atendendo à legislação em vigor.

Muitos cursos de enfermagem já têm implementado a autonomia nas tecnologias metodológicas, tendo o aluno como sujeito do processo educativo e o professor como facilitador. Esses desafios são enormes e caberá a cada escola encontrar o seu caminho. A interdisciplinaridade é de suma importância e deve se dar entre as disciplinas e com outros cursos; a iniciação à pesquisa deve ser incentivada de modo articulado entre o ensino e a extensão. Assim, de fato, o processo formativo dos enfermeiros poderá assumir tendências da nossa época, em que o profissional deve estar muito bem estruturado para atuação generalista, mas aspirando sempre e cada vez mais a “aprender a aprender”.

Portanto, o SUS, enquanto sistema de saúde vigente em nosso país, constitui-se num processo democrático cujos princípios básicos – equidade, universalidade, integralidade descentralização e participação social – são de incontestável valor para sua completa construção. A participação social inclui a vontade política dos governantes, dos profissionais de saúde e de todos os segmentos da sociedade. Percebe-se que o processo formativo dos enfermeiros, historicamente, tem ocorrido de forma a atender aos interesses políticos de cada época. A partir do currículo implantado em 1996, os cursos de enfermagem passaram a voltar-se para os reais interesses da categoria e a inserir-se no contexto social. Percebe-se, ao longo de toda história da enfermagem brasileira, pouca integração entre as políticas de saúde e o processo formativo dos enfermeiros.

A seguir será abordado o marco conceitual no qual se fundamentou este processo educativo-cuidativo envolvendo os princípios do SUS, através da

pedagogia libertadora e um grupo de enfermeiros que atuam nas UBSs de uma CRS.

## 2 MARCO CONCEITUAL

A abordagem do marco conceitual deste estudo envolve especialmente o processo educativo-cuidativo proposto e as vivências dos princípios do SUS na práxis de um grupo de enfermeiros que atuam nas UBSs.

Marco conceitual consiste num conjunto de conceitos definidos e inter-relacionados que servem de guia no desenvolvimento de trabalhos teóricos e/ou práticos (Trentini e Paim, 1999). No presente estudo, o marco conceitual foi construído pelos seguintes conceitos:

- ser humano;
- saúde;
- ambiente favorável à saúde;
- enfermagem;
- princípios básicos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação social);
- processo educativo.

O presente marco conceitual não contempla o conceito de cidadania, contudo ele está imbricado em todo o processo educativo-cuidativo, bem como no processo de pesquisa proposto. Cidadania entendida como "... a condição do indivíduo, membro de um Estado, portador de direitos e obrigações (...) que protege o indivíduo contra arbitrariedade do poder público ou privado" (Saupe, 1992, p.3). A mesma autora enfatiza que a extensão da cidadania torna-se a própria universalização, encontrando-se em constante reafirmação, mas a sua conquista necessita da ação consciente dos homens. Leopardi (1992) enfatiza a cidadania como um direito ao compartilhamento de interesses coletivos e o

investimento em sua consolidação, tornando-se uma condição para a convivência e sobrevivência de todos.

A cidadania, dessa forma entendida, permeia os princípios do SUS enquanto direito de todos constitucionalmente garantidos mas que, na sua implementação, ocorrem de forma fragmentada; por isso é vital a divulgação de informações à população bem como sua participação. No processo educativo-cuidativo a cidadania também está presente uma vez que permite aos profissionais livre acesso as informações, exercitando a cidadania profissional e tomando sua clientela mais cidadã.

## 2.1 Pressupostos

*Pressupostos* são "... afirmações que explicam crenças e ou princípios aceitos como verdadeiros, não necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente. Dão sustentação ao problema da pesquisa e para os métodos de obtenção e análise de resultados. Em algumas pesquisas, os pressupostos assumem o lugar do marco conceitual" (Trentini e Paim, 1999, p. 29) .

A prática assistencial relatada aqui teve como base os seguintes pressupostos:

1. os direitos humanos são universais e, portanto, extensivos a todos os homens, sem de qualquer discriminação. A promoção da saúde, como forma de obter melhoria na qualidade de vida, é alvo de todo ser humano ( Brasil, 1996).
2. os homens são seres culturais que sobrevivem pela sua capacidade de cuidar e de prestar cuidado aos outros em todas as idades, em vários ambientes (Leininger apud George,1993);
3. há uma barreira a ser transposta entre a visão de mundo dos enfermeiros educadores e a visão de mundo e ação dos enfermeiros assistenciais na área da saúde pública (Lima,1993), a qual diz respeito

às vivências cotidianas destes assistenciais (predominantemente prática), o que não corresponde às vivências teóricas e ocasionais daqueles (predominantemente teórica);

4. há um descompasso entre os conteúdos ensinados pelos enfermeiros docentes e a sua aplicabilidade na práxis da enfermagem em saúde pública. Esse descompasso é fruto da inserção em diferentes mundos de trabalho, entre os quais não há uma estreita relação;
5. a enfermagem é uma cultura, podendo as escolas e os serviços de enfermagem ser considerados como subculturas uma vez que conhecimentos, formas de fazer, atitudes, valores e tradições são compartilhados por todos os membros que fazem parte dessa cultura (Stefanelli apud Amador, 1991);
6. os enfermeiros recém-formados angustiam-se ao se defrontarem com a prática em saúde pública, para a qual não foram devidamente preparados;
7. a enfermagem envolve-se com várias atividades de promoção da saúde em sua atuação nas UBSs, muitas das quais são individualizadas e outras desenvolvidas em grupos ( grupo de gestantes, hipertensos, diabéticos, planejamento familiar... ), porém são todas diretamente relacionadas com ações educativas;
8. o enfermeiro é o próprio cuidador, possuindo uma história cultural pregressa exclusiva, que é acrescida da cultura formadora profissional, gerando um perfil profissional e uma práxis própria. Ele interage com sua clientela (indivíduo, grupo, comunidade ou instituição), que também possui uma bagagem cultural, a qual se reflete no tipo de cuidado que busca (Lima, 1993).

## 2.2 Conceitos envolvidos

O marco conceitual para a prática assistencial desenvolvida foi construído segundo o conceito de *processo educativo* de Paulo Freire, inter-relacionado com as concepções de ser humano, saúde, ambiente favorável à saúde, enfermagem; e com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação social.

a) *Ser humano*: é a principal preocupação para a saúde; é um ser único, biológico, social, político, cultural e econômico em constante interação com o seu meio. É potencialmente capaz de controlar os fatores determinantes de sua saúde, desenvolvendo-se pela vivência em ambientes favoráveis, pelo acesso a informações, experiências e habilidades e pela oportunidade de escolha de uma vida mais sadia (Brasil, 1996). É possuidor de direitos constitucionais que o tornam participante do sistema de saúde através da comunidade a que pertence (Brasil, 1994), é portador de uma bagagem cultural específica; se participativo, é capaz de modificar as condições sanitárias e a maneira de viver, o que resulta numa “cultura de saúde” (Brasil, 1996).

Esse ser humano, portador de um potencial exclusivo, é influenciado e influencia o ambiente em que vive, podendo torná-lo saudável na medida em que tem acesso a informações e é capaz de exercitar sua cidadania. A cidadania, aqui, é entendida como acesso a seus direitos (respeitando também seus deveres), dos quais a saúde é um, respaldado pela universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Somente assim, esse ser humano poderá optar por uma qualidade de vida mais saudável. O ser humano aqui caracterizado é receptivo às ações de promoção da saúde, devendo ser capacitado a cuidar de si e dos outros ( família, comunidade ) (Brasil, 1996).

Neste estudo, o ser humano passará a ser focalizado como um conjunto de pessoas detentoras de um objetivo comum, possuidoras de potencialidades e limitações individuais, mas “... que cada indivíduo vai introjetando o outro dentro de si” (Grossi e Bordin, 1998, p.59), formando uma nova entidade: a entidade de

grupo. Indivíduos e grupos são seres ativos, potencialmente capazes de vir a controlar os fatores determinantes da sua saúde.

*b) Saúde:* é definida como resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (Brasil,1996), A *Carta de Ottawa* define *saúde* envolvendo recursos sociais, pessoais e capacidades físicas, enfim, como recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal , bem como importante dimensão da qualidade de vida. Deve ser interpretada como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver; é interdependente e inseparável de ambiente. São condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Brasil,1996).

A saúde é um direito humano fundamental, daí ser um dever do Estado fornecer acesso aos bens e serviços; pode ser promovida pelo processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo participação e controle desse processo. A promoção da saúde envolve vários setores da sociedade (governo, setor saúde, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia), tendo em vista o bem-estar global, que se reflete sobre o desenvolvimento social, econômico e pessoal. A capacitação, que visa à equidade em saúde, é um dos focos da promoção da saúde. As ações da promoção da saúde reduzem as diferenças no estado de saúde da população e permitem recursos igualitários a todos para que desenvolvam de forma completa o potencial de saúde do ser humano, através de ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida e oportunidades de escolha para uma vida mais sadia (Brasil, 1996).

A promoção da saúde requer identificação e remoção de obstáculos com posterior adoção de políticas públicas saudáveis; atua reforçando o poder das comunidades no sentido da posse e controle de seus esforços e destinos. A promoção da saúde é um estímulo à prática da cidadania.

c) *Ambiente favorável à saúde*: a Conferência de Sundsvall (Brasil, 1996) apontou como ambientes favoráveis à saúde o físico, o social, o econômico e o político. O espaço ambiental é o local onde o ser humano está inserido, o qual é responsável pela conservação dos recursos naturais através de estratégias ecológicas de alcance global, regional e local. A ligação recíproca entre meio ambiente e ser humano/população é uma abordagem socioecológica da saúde e, também, cultural. A criação de ambientes favoráveis é responsabilidade de todos, envolvendo políticos e comunidades e exigindo ações imediatas, que garantam a vida na atualidade e no futuro.

A equidade, sendo considerada prioridade, pode reunir energia e poder criativo, envolvendo todos os seres humanos num único esforço para levar à criação de ambientes favoráveis à saúde, nos quais todos sejam sensibilizados para o desenvolvimento sustentável, com uso adequado de recursos e responsabilidades. Tendo poder de decisão e participando nas comunidades mais próximas, a população terá maior desenvolvimento. Nesse processo, a educação é um elemento essencial para o alcance da cidadania, devendo estar acessível em qualquer fase do ciclo vital e basear-se nos princípios da igualdade (respeito à cultura, classe social e ao gênero).

A saúde está diretamente relacionada com ambiente favorável visto que são conceitos interdependentes e inseparáveis; por isso, devem ser prioridade nas políticas governamentais. Essa relação direta precisa ser assumida como compromisso frente às políticas sustentáveis nessas áreas; todos os setores devem estar envolvidos e as ações devem ser reforçadas na educação, transporte, habitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura.

Para tornar um ambiente favorável à saúde, é necessário praticar a equidade, promover a justiça social em saúde, controlar o crescimento populacional, ter acesso a condições básicas de vida (água potável, alimentação, abrigo e saneamento, trabalho, recursos financeiros), liberar discriminações relacionadas ao gênero, ter acesso adequado aos cuidados básicos de saúde. Tudo isso pode ser conseguido pela ação social para a saúde, mobilização de recursos financeiros e criatividade de indivíduos e comunidades.

O meio ambiente pode ser influenciado por dimensões social (normas, costumes e processos sociais), política (participação democrática nos processos de decisão e descentralização dos recursos e das responsabilidades; compromisso com os direitos humanos e com a paz) e econômica (saúde para todos e desenvolvimento sustentável ) (Brasil,1996).

d) *Enfermagem*: não é definida de forma específica na *Carta de Ottawa*, mas pode ser entendida como um dos serviços de saúde co-responsável pela promoção da saúde, possuidora de uma cultura própria que presta cuidado ao indivíduo, comunidade ou grupo, detectando suas necessidades e proporcionando melhoria em sua qualidade de vida. Desenvolve papel relevante na divulgação de informações e educação de sua clientela (indivíduo, comunidade ou grupo), zelando pela implementação dos princípios do SUS no seu cotidiano, exercendo sua cidadania e despertando-a em sua clientela.

À enfermagem nas UBSs são atribuídas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; é encarregada da prestação de todos os procedimentos básicos de enfermagem, como imunizações, atuação nas ações de vigilância epidemiológica e nos demais programas de atenção básica à saúde. É um trabalho que se concretiza de forma integrada com os demais profissionais da saúde, com o objetivo de criar um sistema de saúde capaz de promover a saúde, entendida como "... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde..." (Brasil, 1996,p.6).

As ações e serviços de saúde efetivam-se por uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes do SUS. Esse mantém sistema de referência e contra-referência, sendo co-responsável pela promoção da saúde dos indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde e instituições, sem deixar de prover serviços clínicos e de urgência. Deve possuir postura abrangente capaz de perceber e respeitar as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida saudável, possibilitando intercâmbio entre os setores saúde e social, político, econômico e ambiental. Essa orientação dos serviços de saúde

exige pesquisa em saúde e mudança na educação e ensino dos profissionais nessa área. Os serviços de saúde são caracterizados como de relevância pública (Brasil, 1996, p.16).

Com o processo de descentralização da saúde, a maior responsabilidade em prover ações e prestar serviços adequados passou a ser dos municípios. A participação comunitária e o controle social são uma conquista, porém precisam ser mais bem exercidos (Barros e Silva, 1990).

A inserção da enfermagem no sistema de saúde apresenta-se em franco crescimento, no exercício de ações que evidenciam uma prática democratizante, na qual os "... enfermeiros precisam superar a postura alienada e comodista... diante da luta pela Reforma Sanitária" (Chianca, 1992, p.45).

Os enfermeiros assumem o papel de coordenadores das UBSs onde permanecem em todos os turnos de atendimento. Nesse campo, as atividades educativas têm-se mostrado viáveis pelo trabalho individual no decorrer da própria prática assistencial, bem como pelo trabalho com grupos específicos (doentes crônicos, planejamento familiar, gestantes...), porém é necessária uma prática pedagógica capaz de levar à crítica reflexiva.

A enfermagem atual precisa ser redimensionada para que atinja os objetivos de promoção da saúde. Muitas vezes, os enfermeiros se envolvem com as atividades administrativas exercidas de forma acrítica, empírica e artesanal (Barros e Silva, 1990); por sua vez, a população fica entregue aos cuidados de profissionais de enfermagem de nível médio. É necessário um esforço maior de todos os profissionais e serviços de saúde no sentido de empreenderem maior pesquisa em saúde e reverterem a condução do processo de educação e ensino dos profissionais para que as necessidades globais do indivíduo possam ser atendidas. Os enfermeiros precisam atuar mais com a clientela e com a equipe de enfermagem, observando suas dificuldades, instrumentalizando-a para que a qualidade de seu serviço possa avançar, o que, com certeza, resultará em maior satisfação pessoal e profissional, da equipe de enfermagem e da população atendida.

### 2.2.1 Princípios básicos do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é um processo que se encontra em construção desde a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, tendo sido legitimado pela Constituição Federal de 1988 e, na prática, é implantado de forma gradual, com alguns avanços e retrocessos. Os princípios básicos que norteiam o SUS, entendidos como diretrizes norteadoras para obtenção de êxito na sua implementação, são: universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação social.

*a) Universalidade:* é a garantia do acesso igual de todas as pessoas à atenção de saúde, seja na sua promoção, seja na sua proteção ou recuperação. Cabe ao Estado garantir as condições de acesso a todos e os encaminhamentos, quando necessários, sem estabelecer condições ou forma de pagamento (é gratuito no momento de sua utilização, mas é fruto da carga tributária paga pelo cidadão).

Para que tal princípio seja praticado, é necessário manter uma rede acessível de serviços de saúde e em número adequado para atender à demanda; dispor de recursos financeiros e promover atendimento em qualidade adequado à população.

*b) Integralidade:* todas as ações de saúde devem garantir o atendimento do conjunto das necessidades das pessoas, como indivíduos ou grupos, e centrar-se na promoção, prevenção, cura e reabilitação em diferentes complexidades. Preconiza o indivíduo no seu todo, e não em suas partes isoladas, inserido em diferentes condições de vida e de trabalho. Refere-se ao direito à saúde e à própria cidadania.

Na lei 8 080, em seu capítulo II, a integralidade é definida como "...conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990,p.3).

De acordo com Fleury (1994), é um desafio superar o paradigma clínico de atenção à saúde, substituindo-o por outro que considere a determinação social da doença, redimensione a divisão social de trabalho da equipe sanitária e torne o paciente um membro ativo de sua condição sanitária.

A integralidade pode ser garantida pelo sistema de referência e contra-referência (intercâmbio entre os serviços de saúde de diferentes complexidades), obtendo-se a continuidade das ações e serviços.

*c) Descentralização:* é a diretriz central do SUS, pelo qual é estipulado comando político-administrativo único em cada esfera do governo, mantendo uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. É a redistribuição das responsabilidades frente às ações e serviços de saúde em cada nível de governo, ficando o maior esforço centrado em nível municipal, mais em contato direto com a população que, por isso, pode detectar suas prioridades e avaliar a capacidade operacional municipal (Barros, 1994).

A descentralização também implica a autonomia nas diferentes esferas governamentais, visando à sua construção social e política, o que envolve a participação social e a criação de espaços de negociação (Silva, 1998). A lei 8 080/90 e as Normas Operacionais Básicas do Ministério de Saúde definem as obrigações de cada esfera de governo.

*d) Eqüidade:* é o direito pertinente de todo cidadão brasileiro ao acesso, com as mesmas oportunidades, aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades e respeitando suas diferenças, de modo a reduzir a desigualdade. Para Fleury (1994), é manter justa chance de acesso a todos; é um direito universal e igualitário. “Eqüidade em saúde visa reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos

igualitários para capacitar todas pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde” (Brasil, 1996, p.13).

A promoção da saúde visa minimizar as iniquidades advindas das diferenças existentes na própria sociedade; deve estabelecer maior prioridade para os menos favorecidos, de forma a buscar o desenvolvimento pleno de seu potencial de saúde. Isso poderá ser conseguido através de ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como educação, desenvolvimento de experiências, habilidades e oportunidades de escolha ( Brasil,1994, p. 21).

A equidade é interpretada como uma das condições fundamentais para a saúde, permeando os demais princípios estabelecidos pelo SUS e estando inserida em todas as ações que capacitam as pessoas para o controle dos fatores determinantes de sua saúde. É uma caminhada empreendida desde que a promoção da saúde foi estabelecida como um paradigma válido para resolver os problemas de saúde e dos sistemas de saúde dos países - *Carta de Ottawa* (1986), *Declaração de Adelaide* (1988), *Constituição Brasileira* (1988), *Sudsvall* (1991) e *Carta de Bogotá* (1992).

*e) Participação social:* é o direito constitucional que a população tem assegurado para participar, por meio de suas entidades representativas, no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos níveis de governo.

Nenhum gestor tem poder absoluto de decisão. As decisões precisam ser tomadas em consonância com a sociedade na qual está inserida. A lei 8 142 /90, artigo 1º, parágrafo 2º, estabelece as conferências de Saúde , que devem ocorrer a cada quatro anos para avaliar as condições de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde, e os conselhos de Saúde, órgão colegiado permanente e deliberativo, cujas funções são de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução de políticas de saúde.

Os conselhos e as conferências de Saúde são formas de participar do SUS. A participação social é o exercício da própria cidadania uma vez que exige

luta pelos direitos à saúde; a população é co-responsável pela assistência à saúde prestada através de seus serviços, sendo seu dever participar e garantir seus direitos.

A participação da população nas decisões referentes à saúde pode se dar pela:

- *participação nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde ( como representante ou usuário );*
- *participação nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde;*
- *participação em Assembléias e Plenários Municipais ;*
- *mobilização da comunidade através de associações ou entidades similares para exigir do Estado o cumprimento de seu papel e a fiscalização (Silva et al.,1998, p.29).*

É dever das instituições oferecer as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à saúde.

## **2.2.2 Processo educativo-cuidativo**

O processo educativo-cuidativo consiste no ensino-aprendizagem centrado em alguns princípios norteadores da pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire, entendida como uma possibilidade de reflexão crítica em torno de tópicos abordados no cotidiano das vivências de um grupo. Nela se utilizou o diálogo como instrumento básico, pelo qual os participantes e facilitador caminharam em busca de novas soluções para as diversas situações: - problemas que se apresentam em seu cotidiano (vivências). Nesse enfoque, não há educador nem educandos uma vez que ambos estão comprometidos com a construção do conhecimento de forma ativa e participativa.

Dessa forma, a saúde e a educação encontram-se muito relacionadas em vista do seu caráter legal como direito e a da própria interdependência que se estabelece entre elas: "A educação é um direito humano básico e constitui-se na

interação participativa e ativa de um grupo, promovendo reflexões críticas a partir de suas vivências, através do diálogo e da busca de novos conhecimentos (...) É um elemento-chave para mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para a saúde ser possível a todos” (Brasil, 1996,p.38).

O processo educativo baseado em princípios da pedagogia libertadora é entendido como uma oportunidade de interação e comunicação, resultando na reflexão sobre as vivências dos integrantes do grupo com sua participação ativa; a proposta sobre a discussão dos princípios do SUS deve ser voltada para os interesses dos sujeitos, com o que poderão desenvolver uma consciência crítica. Esse método tem como foco o educando, e não o educador (Freire, 1971); não há papel definido entre quem educa e quem aprende no grupo, uma vez que cada pessoa é vista como membro dele, não havendo uma relação diretiva instituída, como ocorre na pedagogia tradicional.

Como todo ser humano pensa e é capaz , também cada um tem suas diferenças e limitações. No grupo, essas capacidades são potencializadas e a busca de soluções ocorre de forma mais facilitada; a busca de si mesmo ( *ser mais* ) e do próprio grupo permite verdadeira humanização. Os aspectos culturais são importantes para que o processo pedagógico ocorra. Conforme Freire (1971), educação não pode ser definida por estar em permanente transformação, despertando a consciência crítica do educando (que é o próprio bom senso) frente aos problemas presentes nas suas vivências. Educação é ir ao encontro do povo e ajudá-lo a inserir-se criticamente no processo; propor reflexões sobre si, seu tempo, suas responsabilidades, seu novo clima cultural na transição, reflexão sobre seu poder de refletir.

Os enfermeiros e a enfermagem “cuidam-educando” visto estar o cuidado diretamente relacionado com ações educativas (Monticelli, 1994). Os aspectos culturais são intrínsecos a esse processo visto que os enfermeiros precisam aprender a realidade cultural . É necessário, entretanto, diferenciar *assistencialismo* de *cuidado*, pois o primeiro é passivo, domesticado, e o segundo, ativo e crítico (Freire, 1983). Também não devemos ignorar que o

homem está *no* mundo e *com* o mundo e que é um ser de transformação, e não de adaptação (Monticelli, 1994).

O processo educativo tem caráter permanente uma vez que o homem é um ser inacabado, e o diálogo é o ponto de interação que torna esse processo estimulante; assim, o facilitador deve ser um verdadeiro sedutor, estimulando e desafiando a consciência crítica a partir das suas vivências.

Os quatro pilares da educação propostos pela Comissão Internacional sobre o Desenvolvimento da Educação – Unesco – para o século XXI reiteram a concepção da educação como descoberta das potencialidades, aproveitando todas ocasiões para o aprofundamento de conhecimentos num mundo complexo e em constante mudança. As quatro aprendizagens fundamentais são:

a) Aprender a conhecer: é um meio para aprender a conhecer o mundo que nos rodeia e é uma finalidade porque produz prazer em conhecer, compreender e descobrir; é, antes de tudo, aprender a aprender, o que exige memória, exercício do pensamento e reflexão crítica. O processo do conhecimento nunca se acaba.

b) Aprender a fazer: é a aquisição da própria formação profissional, não simples transmissão de práticas. Diz respeito à competência pessoal na busca de mudanças; é o *saber-ser* unido ao saber e ao *saber-fazer*. Hoje, são cada vez mais importantes qualidades como capacidade de comunicação, trabalhar em equipe, gerir e resolver conflitos, entre outros; em conseqüência, a formação profissional não pode ficar ligada apenas a uma cultura científica, buscando o domínio de tecnologia moderna, nem pode ficar restrita aos conteúdos de informação. É preciso valorizar aspectos relacionais (intuição, jeito, capacidade de manter união de grupo entre outros), a participação formal ou informal no desenvolvimento, ou seja, a qualificação social.

c) Aprender a viver: é um dos maiores desafios da educação. A educação deve:

- levar à descoberta progressiva do outro, tomando consciência das semelhanças e interdependências entre os seres humanos, o que,

necessariamente, passa pela descoberta de si mesmo. O diálogo é instrumento indispensável à educação do século XXI;

- tender para objetivos comuns: o trabalho em grupo valoriza o que é comum, e não as diferenças. A iniciação dos jovens em projetos de cooperação estimula ações humanitárias e a solidariedade.

d) Aprender a ser: visa ao desenvolvimento para elaborar pensamentos autônomos e críticos e formular juízos próprios sobre valores para que cada um possa decidir por si mesmo sobre a forma de agir nas diferentes situações. A diversidade, a autonomia, a iniciativa e o desafio são suportes para a criatividade e a inovação; para dispor-se à experimentação, à arte e à poesia. Visa à realização completa do homem e da coletividade.

O homem é um ser *no* mundo e *com* o mundo, devendo estabelecer estreita relação com o contexto no qual está inserido de modo que, com sua consciência crítica, possa transformá-lo. Assim, quanto maior for o seu poder de reflexão, maior será seu comprometimento com a realidade. A educação deve voltar-se para a realidade, capacitando o educando para transformá-la.

O processo educativo deve ser agradável a todos os participantes; deve se constituir em momentos de prazer e de paixão em que o grupo busca dividir suas vivências, suas frustrações, mas também seus sonhos, porque o sonho com outro(s) é um sonho que se torna realidade (Freire, 1992).

### **2.3 Representação do processo educativo-cuidativo do estudo**

Entendemos que o processo educativo-cuidativo do presente estudo pode ser representado por um movimento helicoidal, onde cada volta representa um dos princípios do SUS, os quais estão inseridos, de forma contínua e permanente, no contexto da população, bem como dos profissionais da saúde que atuam neste sistema. O processo educativo possibilita aos elos do grupo, através do diálogo e das vivências, a reflexão crítica sobre a política de saúde atual, apontando possíveis alternativas para transformação de sua práxis. Nesta caminhada, os

elos percorrem as quatro aprendizagens básicas preconizadas para a *Educação para o ano 2000* pela Unesco: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver e aprender a ser (Figura 1).

Podemos concluir que o marco conceitual deste estudo está diretamente focalizado num processo educativo-cuidativo baseado em alguns princípios da pedagogia libertadora, tendo como essência o relato das vivências dos participantes estabelecendo o diálogo como principal instrumento pedagógico que induz a reflexões críticas, as quais abrem possibilidades de transformar a realidade. Evidencia-se, assim, o inter-relacionamento com os quatro pilares da educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver (Delors, 1998), que ocorrem de forma concomitante não havendo uma seqüência preestabelecida para seu desencadeamento. Os princípios do SUS - universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação social - constituíram o foco centralizador do processo educativo-cuidativo.

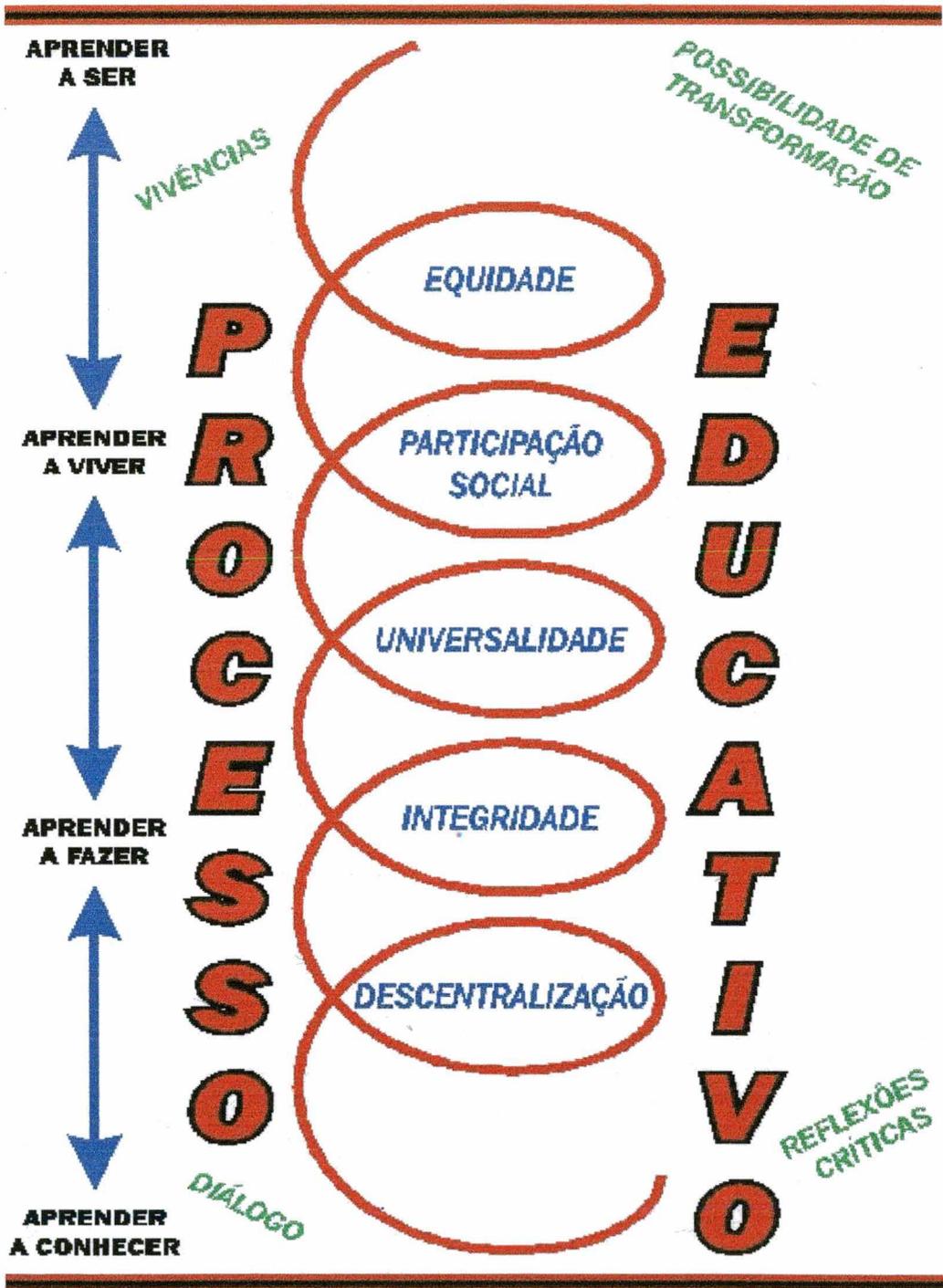


Figura 1 – Representação gráfica do processo educativo-cuidativo

### **3 METODOLOGIA**

A metodologia tem por finalidade descrever a seqüência das etapas propostas para o alcance dos objetivos deste estudo. Envolve o detalhamento de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial, caracterizando o contexto onde o estudo foi desenvolvido, seus participantes, o processo de formação do grupo convergente, a saída de campo e a técnica com que se implementou o registro e análise das informações obtidas.

#### **3.1 Tipo de estudo**

Quando nos deparamos com um processo educativo-cuidativo sustentado em alguns princípios da pedagogia libertadora, isso nos reporta ao nosso passado, revemos nosso presente e projetamos o nosso futuro. O desafio cresce à medida que detectamos que nossas experiências e vivências estiveram sempre muito enraizadas numa pedagogia tradicional. Portanto, neste trabalho, julgamos necessário um repensar sobre a própria prática pedagógica (até então entendida como “satisfatória”), oportunizando uma avaliação da pedagogia que temos empregado e à qual estamos muito apegados.

A metodologia do presente estudo fundamenta-se na pesquisa convergente-assistencial, entendida por Trentini e Paim (1999) como um processo natural e integrado no qual é possível desenvolver, concomitantemente, pesquisa durante a prática assistencial e/ou prática de ensino. A prática de enfermagem deve acompanhar os rápidos e constantes avanços técnicos e científicos, e os

enfermeiros assistenciais, utilizando seu campo de atuação para coletar dados, poderão incluir a pesquisa em suas atividades, desenvolvendo processo de reflexão e refazendo suas ações. Esse tipo de pesquisa permite a inter-relação da prática com a pesquisa, resultando na reflexão do cotidiano da enfermagem; assim, une métodos de pesquisa aos métodos da prática assistencial de enfermagem, viabilizando "... um processo de pesquisa simples e exeqüível (...) uma das maneiras eficientes de concretizar mudanças significativas na prática de enfermagem" (Trentini e Paim, 1999, p.17).

Este trabalho pode ser considerado uma pesquisa convergente-assistencial porque preenche os seguintes critérios indicados por Trentini e Paim (1999):

- *Realizar mudanças e ou introduzir inovações no contexto da prática;*
- *Encontrar alternativas de soluções para problemas identificados na prática.*

Nele, propomos a reflexão crítica do cotidiano do enfermeiro e da própria enfermagem que atua em saúde pública, no intuito de buscar novas possibilidades, tornando na prática mais coerente com os princípios do SUS. Também buscamos criar a unidade de grupo, com o que os enfermeiros poderão potencializar as discussões e indicar caminhos para a solução de seus impasses cotidianos.

- *O tema da pesquisa deverá emergir da necessidade da prática do contexto a ser pesquisado.*

Nesta pesquisa, o tema emerge da necessidade da prática uma vez que a operacionalização dos princípios do SUS é uma dificuldade real no cotidiano dos enfermeiros e tem relação direta com seu processo formativo.

- *As necessidades deverão ser sentidas pelos indivíduos envolvidos na prática, sejam eles profissionais sejam usuários.*

Os sujeitos desta pesquisa manifestaram necessidade de mudanças não só no seu processo formativo no curso de graduação como também naquele oferecido pela instituição receptora (educação continuada).

- *Desenvolvimento no mesmo espaço físico e temporal da prática e pelos mesmos profissionais que desenvolvem atividades práticas naquele contexto.*

A prática assistencial e a pesquisa envolvem o mesmo grupo de enfermeiros que atuam em saúde pública.

- *Inclui atividades de cunho coletivo.*

Esta pesquisa apresenta várias atividades desenvolvidas com um grupo de enfermeiros.

- *inclui atividades de assistência/cuidado e ou ensino/aprendizagem no processo de investigação, mas não se consubstancia como ato de assistir ou ensinar.*

O processo de investigação ocorreu durante um processo educativo-cuidativo, contudo não teve como objetivo o ato de ensinar. Nele objetivamos reflexões críticas capazes de induzir a mudanças na prática deste grupo de enfermeiros.

- *Não se propõe a generalizações; estabelece uma inter-retroação com a prática assistencial e/ou ensino.*

É uma pesquisa qualitativa que revela situações de um grupo específico de que atua em saúde pública. A reflexão crítica sobre o cotidiano desse grupo promovida pelo processo educativo pode possibilitar a sua transformação. Portanto, possui relação direta com a prática assistencial, cuja proposta foi um processo educativo-cuidativo.

- *Há representatividade dos dados, o que difere da representatividade do número de sujeitos.*

Os dados coletados têm representatividade estando relacionados a um grupo de enfermeiros. Os resultados são importantes, porém não têm relação com o número de enfermeiros que participaram deste estudo. Fica evidente que é uma pesquisa qualitativa .

Ainda Trentini e Paim (1999) apontam os critérios para o pesquisador ou moderador principal de uma pesquisa convergente-assistencial:

- *Assume o papel de provedor de assistência/cuidado e/ou ensino durante o processo de coleta de informações.*

Neste estudo, o pesquisador assumiu o papel de facilitador do processo educativo durante a coleta de informações, as quais afloraram num trabalho em grupo, foram alternadas e complementadas entre os participantes. Simultaneamente ao processo educativo, ocorreu a coleta de informações, obtidas junto a todos participantes.

- *Segue normas do rigor científico em relação à obtenção, ao registro e à análise das informações, mas, ao mesmo tempo, deverá agir conforme as exigências da prática.*

Todos os preceitos éticos foram levados em consideração, além das normas do rigor científico e das exigências da prática.

- *Agrega os principais envolvidos (profissionais e/ou usuários) na prática para compor a equipe de pesquisa.*

Os sujeitos da prática assistencial são os mesmos componentes do grupo da pesquisa.

### **3.2 Contexto do estudo**

O presente estudo foi desenvolvido numa Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul nos meses de setembro a dezembro de 1999. Essa CRS caracteriza-se como uma das maiores do estado, atingindo uma população equivalente a 540 mil habitantes; é responsável por 51 municípios, heterogêneos entre si, especialmente em relação ao número de habitantes, distância e acesso ao município-sede, tempo de emancipação, situação frente à municipalização de saúde, estrutura organizacional, física e de recursos humanos nas suas secretarias municipais de Saúde.

A CRS do estudo possui 107 UBSs e 34 hospitais; coordena 31 enfermeiros que atuam diretamente no Pacs e nas UBSs, nos diferentes municípios, o que significa que 31 municípios já aderiram ao Pacs. Quarenta e cinco municípios possuem um único enfermeiro atuando nas atividades de saúde pública, o qual, muitas vezes, assume, concomitantemente, a área hospitalar; seis municípios possuem mais de um enfermeiro atuando nessa área. A contratação dos enfermeiros responsáveis pelo Pacs, em 26 municípios, ocorre por meio de uma ONG – organização não governamental - (cooperativas, fundações e similares), não havendo vínculo empregatício do poder público local com o mesmo; em três municípios, faz-se a seleção desses profissionais através de concursos públicos; ainda, um município mantém o enfermeiro através de contrato emergencial e, em outro, esse é cargo de confiança.

Todas as atividades deste estudo desenvolveram-se no município-sede da CRS caracterizado, denominado de município A, com uma população aproximada de 170 mil habitantes, o que representa 32,9% da população dessa regional. Possui uma universidade que oferece 47 cursos, os quais atraem uma população aproximada de 11 717 estudantes e envolve 807 docentes e 748 funcionários, uma população que soma um total de 13 272 pessoas; o município gira em torno das atividades que se relacionam a uma cidade universitária (ramo imobiliário, comércio..), sendo uma região eminentemente agrícola.

O município A é um município-pólo e é referência para a área de saúde da CRS e de outras regiões, atingindo, inclusive, Santa Catarina e Paraná, Possui um hospital regional com capacidade instalada aproximada de seiscentos leitos, dois hospitais gerais de médio porte e um hospital de grande porte; dispõe também de um hospital especializado em psiquiatria. Na rede ambulatorial pública, possui 37 UBSs, 31 delas localizadas na zona urbana e seis na zona rural. Esse número de UBSs representa 34,5% das componentes desta CRS, ficando as outras setenta, ou seja, 65,5%, distribuídas pelos demais cinquenta municípios.

O município A possui um Centro de Atendimento Integral à Saúde, três centros de especialidades, um Centro de Atendimento Psicossocial – Caps - e

um Centro Integrado de Atendimento ao Trabalhador – Ciast, totalizando 43 unidades. Conta com seis profissionais enfermeiros, dos quais dois atuam no nível central, um no Pacs e outros dois no Programa da Saúde da Mulher; 66 auxiliares de enfermagem, em sua maioria contratados através de uma cooperativa, sendo, portanto, um serviço terceirizado. Nesse município A, há 234 profissionais de saúde de nível superior atuando no nível central e na rede ambulatorial pública (37 UBSs e seis centros).

O atendimento ambulatorial total, no ano de 1999, foi de 381 888 atendimentos. É importante analisar os dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente do município A, sede dessa CRS.

**Quadro 1** – Atendimento Ambulatorial 1997 a 1999

Atendimento	1997	1998	1999
Médico	121.710	129.271	131.861
Odontológico	65.792	70.630	73.155
Psicológico	13.723	21.288	26.389
Procedimentos de nível médio	231.484	225.267	150.483
Total	432.709	446.456	381.888

Fonte: Plano Municipal de Saúde de 2000 – Município A

Numa visão geral, macroscópica, podemos constatar que a produtividade dos procedimentos de nível médio (procedimentos de enfermagem/procedimentos não médicos) vem sofrendo um decréscimo bem acentuado, especialmente de 1998 a 1999, ao passo que a produtividade dos outros profissionais vem aumentando. A diminuição da produtividade dos procedimentos de nível médio em 1999 apresentou uma queda de 25% nos serviços totais prestados, representando 64 568 serviços. Essa queda só não foi maior em razão do aumento da produtividade dos outros profissionais.

### 3.3 Os Participantes – procurando elos para propor uma caminhada

#### ◆ *Participantes*

A seleção dos participantes ocorreu através da concessão de um espaço na reunião mensal de setembro de 1999 dos enfermeiros que atuam no Pacs, na qual estavam presentes 23 profissionais. Na oportunidade, foi apresentado e discutido o projeto deste estudo. Após, de forma espontânea, de acordo com o interesse pessoal dos presentes, eles se manifestaram sobre o seu interesse de participação.

Num processo educativo-cuidativo como o implementado, sem fins lucrativos, é de extrema importância o comprometimento uma vez que o retorno dessa participação está diretamente vinculado ao interesse no desenvolvimento e crescimento institucional e profissional, mas também pessoal de cada participante. Sabemos dos entraves que cerceiam o mundo do trabalho dos enfermeiros, de forma que, somente quando dirigidos por objetivos claros e definidos, eles serão capazes de abrir espaços em suas agendas para uma participação efetiva naquilo que lhes foi proposto.

Num primeiro momento, 14 enfermeiros de diferentes municípios pertencentes à CRS em foco, demonstraram interesse em participar do estudo. Já nessa ocasião, deixamos claro que seriam respeitados todos os preceitos éticos, sendo possível a desistência de qualquer um deles, sem nenhum prejuízo, em qualquer fase do projeto. Quanto aos motivos da adesão, julgamos que tenha sido, em primeiro lugar, o fato de a enfermeira coordenadora do Pacs estar presente naquela reunião, o que pode ter induzido alguns a se manifestarem positivamente em relação ao convite; segundo, o fato de eu mesma estar atuando nesta CRS deste agosto de 1999, o que pode ter influenciado de alguma forma em suas decisões.

Definidos os participantes em potencial do grupo, procedemos à elaboração de um cronograma para os contatos individuais com cada enfermeiro

que aderira ao estudo, ficando definida também a data para o primeiro encontro, que resultou de um consenso de todos os integrantes do grupo.

Essa etapa consistiu na “venda” deste estudo, o qual seria baseado num processo educativo-cuidativo, buscando a formação do grupo e os primeiros contatos com seus participantes.

#### ◆ *Autodenominação*

De comum acordo, resolvemos denominar de *elo* cada um dos participantes do trabalho em grupo, porque visualizamos cada um como um potencial a “ser mais”, o qual, com o trabalho no grupo, potencializa-se ainda mais, resultando no fortalecimento do grupo como um todo e de cada um dos seus membros. Os elos são vistos como seres com plenas possibilidades de romper suas barreiras e ir muito além, capazes de se educarem e de educarem constantemente, de começarem a olhar por outros olhares e aprenderem a conhecer sua própria realidade; capazes, enfim, de se conhecerem e se reconhecerem inseridos numa sociedade, podendo nela produzir modificações e melhorias.

Houve consenso em denominar cada participante por cognomes relacionados ao seu “olhar” individual como profissional (metodologia desenvolvida no primeiro encontro com o grupo no qual estavam presentes nove elos). Posteriormente, os cognomes evoluíram, transformando-se nos diferentes elos que partilharam a prática assistencial: elo Puxador, elo de Ligação, elo Brisante, elo Radiante, elo Fenomenal, elo Trabalhador, Decorador e Organizador o qual passará a ser identificado por elo TDO, elo Ovelheiro, elo Cheio de Luz, elo Incentivador, elo A e elo B. Esse procedimento também nos permite preservar a identificação do sujeito, o que atende aos princípios éticos que devem ser respeitados num trabalho dessa natureza.

A figura dos elos surgiu no decorrer do processo educativo, traduzindo a prática que estava sendo desencadeada. Salientamos que nem todos os

participantes se fizeram presentes no dia em que a técnica da auto-representação (Anexo 4) foi aplicada, daí por que aparecem elos denominados apenas por letra, A e B, diferentemente dos demais.

Nesta pesquisa convergente-assistencial, entendemos que o elo representa um símbolo e é capaz de traduzir o que ocorre durante um processo educativo-cuidativo dessa natureza. À medida que um participante relata suas vivências, os demais se inserem no contexto e contribuem com suas reflexões e críticas, sendo o resultado a soma das contribuições de todos os elos. O grupo, então, assume uma postura diferente daquela que cada um assumiu individualmente, justificando-se a figura dos elos por eles se abrirem e se unirem uns aos outros, formando uma verdadeira corrente. É assim que visualizamos o processo: parte de identidades isoladas entrosando-se mutuamente para, finalmente, se potencializarem formando uma nova entidade, com todos posicionamentos impregnados de suas características pessoais.

São 31 os enfermeiros que atuam na rede pública ambulatorial e são ligados ao Pacs, em 31 municípios da CRS em foco; desses, 11 foram envolvidos neste estudo dois dos quais pertencem ao município A. Os dez municípios representados neste estudo somam uma população de 235 154 habitantes, mas é importante salientar que os municípios D, F, G, H, I e J possuem uma população inferior a 5 300 habitantes. A soma da população dos nove municípios participantes, não computando a população do município A, é de 65 154 habitantes, o que significa que a população dos nove municípios atinge em torno de 38% daquela do município A.

**Quadro 2** – População dos municípios envolvidos no estudo

Município	População Total
A	170.000
B	15.170
C	14.275
D	1.740
E	14.147
F	4.870
G	5.228
H	2.975
I	2.984
J	3.765
Total	235.154

Fonte: SSMA/RS-1999

Pelos dados expostos no Quadro 2, podemos constatar que a distribuição populacional é irregular nos diferentes municípios participantes do estudo. Tal fato pode ser generalizado para todos os municípios da regional onde predominam populações abaixo de seis mil habitantes.

No Anexo 1, mostramos a localização do município A, sede da regional e a distribuição geográfica dos demais municípios que a integram, salientando os municípios participantes deste estudo.

### 3.4 Técnica de pequenos grupos

Para operacionalização do processo educativo-cuidativo, utilizamos a técnica de pequenos grupos. Segundo Rogers (1987), os grupos são originários da própria necessidade de sobrevivência humana, sendo apontados como a “invenção social” mais potente do século XX.

Um grupo não se constitui apenas na soma de seus membros, mas representa o surgimento de uma nova entidade (Munari, 1997). À medida que os sujeitos vão se inserindo no grupo e passam a fazer parte dele, superam a si

mesmos como indivíduos, assumindo, inclusive, papéis que não desenvolveriam fora dele.

Segundo Madureira (1993), o processo educativo desenvolvido no grupo vincula a conscientização de que cada participante pode exercitar sua voz conquistando sua vez. Dessa forma, o grupo, e não o indivíduo, aprende a compartilhar, a defender seus pontos de vistas, a ceder em alguns aspectos e, até, a modificar seu ponto de vista em favor do bem comum.

Nesse contexto, o elemento central é o diálogo, entendido como compartilhamento de saberes, sentimentos e vivências, que permite o desenvolvimento de relações próximas baseadas na confiança mútua. O grupo assume, para aqueles que o integram, um caráter de encontro, recreação, convivência e fuga de rotina, o qual contribui para que se torne um espaço rico para a educação em saúde (Madureira,1993).

O trabalho de grupo caracteriza-se por ser um meio eficiente de aprendizagem de atitudes e por proporcionar dinamização de equipes de trabalho, organizações e instituições. O grupo deve ser pequeno e o número de seus componentes está diretamente relacionado aos seus objetivos, "...possibilitando a oportunidade de interação com todos os componentes em um ambiente espaço-temporal determinado"(Trentini e Gonçalves, 2000, p.3). O grupo é relativamente não estruturado, com objetivos acordados entre os membros, que mantêm entre si relato de experiências/vivências, bem como troca de informações de cunho teórico.

De acordo com Freire (1992), um grupo é construído na organização e sistematização do assunto abordado, no espaço heterogêneo das diferenças dos participantes, no enfrentamento do medo do educando, no risco de ousar, na cumplicidade dos sentimentos que fomenta, no trabalho exigente do facilitador e no compromisso dos participantes, no árduo trabalho de reflexão crítica do facilitador e dos participantes, enfim "... educa-se o prazer de se estar vivendo, conhecendo, sonhando, brigando, gostando, comendo, bebendo, imaginando, criando e aprendendo juntos, num grupo" (p.66).

A interação entre os participantes também pode ser traduzida pelo alimento, representado pelo lanche, que favorece a socialização "...porque permite a vivência de um ritual de oferta. Exercício de generosidade..." (Freire, 1992, p.65), representa os afetos e oportuniza o dar-se a conhecer e a conhecer o outro. O ritual de "comer" junto facilita a construção do grupo.

O trabalho em grupo garante fuga da postura tradicional, diretiva, na qual fomos formados e investe numa postura participativa, em que cada componente é um multiplicador por excelência. Isso garante reflexos imediatos e/ou mediatos na prática de enfermagem cotidiana (Trentini e Gonçalves, 2000). É certo que o resultado de um trabalho em grupo avança mais rapidamente que o individual e num espaço de tempo menor.

Optamos em trabalhar com o grupo de convergência segundo Trentini e Gonçalves (1999), os quais apresentam uma classificação de grupos em três categorias:

a) *Grupos focais*: são métodos eficientes de pesquisa qualitativa que podem ser empregados para outras finalidades; não se preocupam em obter consenso com outros tipos de grupos para tomada de decisão. Valorizam a descoberta e as diversidades de experiências dos participante, sobre um mesmo tema, sendo, por isso, chamados de *grupo focal*. O tempo de duração desses grupos corresponde ao tempo de coleta de dados. O tema é delineado pelo pesquisador; a ênfase deve ser ouvir opiniões, experiências, enfatizando o tema, sem exageros e de acordo com o interesse dos participantes. A unidade de análise é sempre grupai.

b) *Grupos de convivência*: incluem vários subtipos de grupos, tais como de ajuda mútua, de apoio e de educação, entre outros, visando ao crescimento pessoal nas diversas dimensões do processo de viver. Podem ser utilizados para o desenvolvimento social, educação em saúde, solução de problemas, tomada de decisão, planejamento social e comunitário; são formados de acordo com as necessidades comuns de várias pessoas. O processo de formação desse tipo de grupo é moroso; as expectativas do moderador ao formá-lo devem ser comunicadas. As metas do grupo emergem dos encontros, os quais

têm duração prolongada ou até indefinida. Há coesão entre os participantes e um vínculo que os mantêm unidos

c) *Grupos de convergência*: reúnem características fundamentais dos grupos focais e de convivência, tendo como finalidade desenvolver pesquisa e crescimento pessoal e social, simultaneamente. “Na área da enfermagem têm sido utilizados para implementar planos de prática assistencial participativa e fazer abstrações desta prática com a intenção de construir conhecimentos acerca de temas emergentes no grupo. (...) O trabalho que, une o fazer e o pensar, foi denominado pesquisa convergente-assistencial” (Trentini e Gonçalves, 2000, p.8). Os pequenos grupos convergentes constroem coletivamente saberes referentes à promoção da vida e da saúde humana. É um processo produtivo centrado no trabalho vivo.

Vários autores apontam as semelhanças entre o processo de pesquisa e o da prática assistencial de enfermagem, o que leva à união do fazer com o pensar. A grande vantagem do grupo de convergência é que ele resulta numa pesquisa convergente-assistencial, proporcionando um trabalho vivo em ato, o qual permite conhecer a realidade e transformá-la. Portanto, os sujeitos ficam comprometidos com o seu próprio desenvolvimento e com o progresso da ciência (Trentini e Gonçalves, 2000).

Segundo Madureira (1993), o grupo mantém um facilitador ou moderador, que é um de seus membros mas nem sempre assume o papel de líder uma vez que cada nova situação possibilita a revelação de uma nova liderança entre os seus participantes. O facilitador deve oportunizar a participação de todos os componentes de forma que possam manifestar sentimentos e pensamentos, criando um ambiente que permita o aprofundamento das interações humanas, propicie um clima de confiança mútua, de *feedback* e de comunicação. Esses elementos são essenciais para que o diálogo e a troca de informações teóricas resultem em aprendizagem.

O papel do moderador é de suma importância, devendo manter bom nível de relacionamento entre os participantes e dominar os temas de interesse do grupo. Na enfermagem, Munari (1997) manifesta sua preocupação no sentido de

os acadêmicos, durante a graduação de enfermagem, serem, de fato, preparados para assumir esse papel. O moderador é um participante do grupo e, como tal, suas manifestações consistem em dados obtidos *no e pelo* grupo. Não há liderança exclusiva, ou seja, de acordo com o tema abordado, poderá se revelar liderança de outros participantes.

Segundo Madureira (1993), a integração grupai é um processo crescente, que pode ter altos e baixos, no qual a insegurança e a formalidade são demonstrações que indicam busca de orientação (fase inicial). A confiança mútua fortalece o afeto entre os membros do grupo, os quais, num sentimento de solidariedade, valorizam a opinião uns dos outros. A confiança mútua induz a uma participação autêntica, de forma que seus membros dispõem-se a participar, a aprender e a ensinar.

A aproximação e a intimidade desencadeadas entre os participantes de um grupo permitem "... conhecer a si próprio e a cada um dos outros mais completamente do que o que lhe é possível nas relações habituais ou de trabalho" (Rogers, 1986, p.19).

### **3.5 Processo de formação do grupo deste estudo**

O processo de formação do grupo deste estudo seguiu uma trajetória básica que se constituiu da seguinte forma: encontro dos elos que estivessem dispostos a participar do trabalho; conhecimento dos elos através de contatos individuais e visitas às UBSs; realização de encontros para discussões e reflexões a partir das vivências dos componentes do grupo.

### **3.5.1 Conhecendo os elos de um caminho**

#### **3.5.1.1 Contato inicial individual**

Após a reunião com o grupo de elos que atuam numa CRS, no Pacs, ficou agendado um contato individual no qual aplicaríamos o instrumento (Anexo 2) caracterizado como entrevista semi-estruturada, com cada um dos 14 elos que haviam mostrado interesse em participar do estudo.

Quando da operacionalização do trabalho, a partir do agendamento das entrevistas, começaram a surgir os primeiros entraves, tais como dificuldade para o deslocamento (horário de transporte rodoviário) e de horários para os encontros em razão de seus compromissos nas UBSs.

A grande maioria dos elos haviam sido meus alunos na graduação; três deles não compareceram nos locais e horários combinados. Contatados posteriormente, justificaram o não-comparecimento e a sua desistência de participar no processo educativo-cuidativo.

No momento das entrevistas, apresentei novamente o projeto aos enfermeiros, solicitando-lhes que assinassem o Termo de Consentimento (Anexo 3). Houve, portanto, adesão efetiva de dez elos, os quais participaram dessa fase e das reuniões com o grupo. No total, porém, considero onze participantes visto que me incluo como parte integrante do grupo.

Os objetivos do contato inicial individual foram:

- proporcionar contato prévio do moderador com os participantes, “quebrando o gelo” inicial, dando-se a conhecer e conhecendo os participantes;
- despertar expectativas individuais;
- detectar assuntos de interesse ou preocupações que os participantes desejariam ver contemplados nos encontros.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos elos; duas ocorreram propositadamente de forma diferenciada, ou seja, por orientação das professoras responsáveis pela parte de educação e da orientadora, atenderam ao roteiro preestabelecido, de forma escrita e individualizada. Percebi grande diferença entre essas e as realizadas pessoalmente na forma presencial, pois o contato direto oportuniza abertura para outras questões, trazendo contribuições significativa, visto que, ao responderem apenas por escrito, os elos (TDO e Fenomenal) tiveram restrita sua participação nesta primeira fase do estudo.

### **3.5.1.2 Visitas às unidades básicas de saúde dos elos**

A realização de visitas deu-se em função da minha disponibilidade, as quais foram em número de cinco, a municípios a que pertenciam os elos participantes do estudo. Nelas tive por objetivo observar como ocorria a interação do elo no seu mundo de trabalho. As visitas não ocorreram numa etapa específica, ou seja, algumas aconteceram antes do início do trabalho com o grupo e outras durante o seu desenvolvimento. Ainda, duas visitas foram realizadas concomitantemente à entrevista semi-estruturada, facilitando, assim, o envolvimento de seus participantes (por causa da dificuldade no deslocamento), e todas elas foram agendadas previamente por telefone com os elos participantes.

### **3.5.2 Encontros para discussões e reflexões**

A convergência de esforços no processo de um grupo ocorre a olhos vistos. Assim, quando um elo mostrava-se mais retraído e não se manifestava, os demais o estimulavam, tornando-o parceiro ativo na construção dos posicionamentos do grupo. Foram realizados cinco encontros, de setembro a dezembro de 1999, nos quais se desenvolveu o processo educativo-cuidativo e objetivaram compartilhar vivências, levando os elos à reflexão crítica sobre sua atuação em relação aos princípios do SUS.

### 3.5.2.1 Reuniões do grupo

A maioria das reuniões (80%) ocorreram nas dependências da universidade do município-sede da CRS. A primeira reunião ficou agendada quando da divulgação da proposta do processo educativo-cuidativo e da adesão dos elos sujeitos deste estudo ( reunião mensal do Pacs, na CRS). Os demais encontros foram combinados ao final das reuniões. Sempre houve um reforço através de contato telefônico prévio ou via fax, lembrando-os da data da reunião, do horário e local.

Nessa fase, concentramo-nos no processo educativo-cuidativo em si. Foi a fase que mais nos exigiu preparo, apresentando como dificuldade o agendamento das datas para os encontros. No primeiro encontro, estabelecemos, em conjunto, um cronograma, bem como os temas a serem abordados, o qual, contudo, não pôde ser cumprido por causa das atividades profissionais dos elos (reuniões não previstas convocadas pela CRS em Porto Alegre, atividades não previamente marcadas nos municípios, dificuldade de transporte de outros municípios para o município-sede, entre outros). Apesar disso, quando se reuniam, os elos se superavam e conseguiam refletir sobre os assuntos com muito vigor e fervor, ao mesmo tempo que se fechavam como uma corrente e desabrochavam individualmente como uma flor. Foram momentos prazerosos dos quais saíamos fortalecidos; algumas vezes, o assunto desviava-se do tema proposto previamente por nós, mas julgamos que era importante o espaço que o grupo conquistava para discutir assuntos de seus interesses, os quais tinham relação com nossos objetivos.

Os encontros foram realizados em diversos locais, de acordo com a decisão do grupo. O primeiro ocorreu numa das salas de aulas do curso de enfermagem da universidade, tendo em vista que a maioria dos participantes estava freqüentando o curso de especialização em Saúde Coletiva nesse local. As salas desse prédio foram recentemente reformadas, são grandes e proporcionam conforto e privacidade. Na porta de sala que utilizamos, há um visor pelo qual se pode identificar quem a está ocupando, o que evita interrupções

desnecessárias. A segunda reunião ocorreu numa das salas anexas à Biblioteca Central da universidade A, porque os enfermeiros encontravam-se em reunião com sua CRS, em preparação à 2ª Etapa da Campanha Nacional de Multivacinação, nesse mesmo local. Essa sala possui uma enorme mesa em círculo e cadeiras com espaldar bastante alto. Como ponto negativo observado, os elos ficaram distantes demais uns dos outros, além de o posicionamento adotado ter dificultado a visualização frente a frente e a própria aproximação do grupo. Quanto às demais reuniões, ocorreram no Laboratório de Enfermagem, no Pronto-Atendimento, local conhecido de quem é ex-aluno da universidade do município-sede deste estudo. Inclusive, houve manifestação saudosista de alguns participantes a respeito do tempo em que eram acadêmicos e tinham aulas nesse local.

O laboratório está localizado nos fundos do hospital-escola, mas sua entrada é independente dele, com acesso por uma rua que passa em sua parte de trás. É uma sala aconchegante, que possui poucas classes e espaço para sua disposição em círculo ou de outras formas. Alguns de seus inconvenientes relacionam-se com o visual que proporcionam os armários, já um tanto desgastados e que não formam conjunto com o restante do mobiliário; a maca e a cadeira de rodas apresentam pequenos defeitos e são de modelos antigos; as janelas da sala dão para o estacionamento de visitantes do hospital, o que acarreta barulho e distrai quem está nela. Também há ruído do Centro Cirúrgico (macas arrastadas, mesas cirúrgicas elevadas, etc.), que fica no andar superior, o que certamente interferiu na condução dos trabalhos e no nível de concentração dos participantes.

- *Cronograma das atividades*

No primeiro encontro, ocorreu a elaboração conjunta do plano de trabalho, tendo sido definidos temas e escolhidas as datas para os demais. Contudo, posteriormente, percebemos que seria inviável o cumprimento do cronograma elaborado no que se referia às datas, uma vez que vários empecilhos foram surgindo, como reuniões na CRS, treinamentos dos enfermeiros do Pacs em

Porto Alegre. Decidimos, então, manter o elenco dos temas e sua seqüência, porém com datas a serem definidas sempre na reunião que os antecedia.

Assim, o cronograma das atividades desenvolvidas foi sofrendo ajustes conforme as necessidades do grupo. Entendíamos, contudo, que o espaçamento demasiadamente grande entre os encontros “esfriava” o grupo, levando a que fosse mais difícil a retomada do trabalho. Nesse sentido, se observarmos os três primeiros encontros, verificaremos que eles ocorreram com uma periodicidade regular; já os dois encontros finais sofreram um espaçamento demasiado, o que, na prática, demonstrou não ser aconselhável. Apesar disso, conseguimos reunir o grupo para desenvolver as discussões necessárias.

O cronograma de atividades, descrito no Quadro n.3, foi formulado pelo grupo prevendo cinco reuniões, nele constando datas e locais, temas eleitos e metodologia utilizada.

**Quadro 3 – Cronograma das atividades em grupo**

Encontro	Temas eleitos	Metodologia
1º Encontro 24.09.99 19h30min Sala 313 Universidade	- Sensibilização	- Auto-representação (1)* - Exposição dialogada - Técnica dos balões e palitos relacionada à humanização na equipe de enfermagem (2)
2º Encontro 01.10.99 16h Sala de Reuniões – Biblioteca Central	- Participação social	- Técnica dos ovos de codorna relacionados com o cuidado (3)* - Relato de experiências - Discussões e reflexões - Retomada técnica dos ovos
3º Encontro 18.10.99 10h Laboratório de Enfermagem Universidade	- Universalidade - Descentralização - Valorização profissional - Motivação - Formação do enfermeiro	- Música: Tanto Faz (4)* - Síntese 2º encontro - Relato de experiências - Discussões e reflexões - Técnica: o nó (5)*
4º Encontro 12.11.99 14h Secretaria Municipal de Saúde do Município-sede Da CRS	- Resolutividade - Integralidade	- Síntese 3º encontro - Representação gráfica antes do SUS e após o SUS (6)* - Exposição dialogada - Troca de experiências - Avaliação do encontro
5º Encontro 06.12.99 9 horas Laboratório de Enfermagem Universidade	- Eqüidade - Formação do Enfermeiro	- Síntese do 4º encontro - Relato de situações - Exposição dialogada - Auto-identificação dos elos representados (7)* - Avaliação geral do processo educativo-cuidativo - Encaminhamentos

\*Anexo 4– Descrição da Metodologia 1,2,3,4,5,6 e 7

### 3.5.2.2 Compartilhando vivências e reflexões

Nos encontros, um primeiro momento era destinado à motivação do grupo para participar das discussões, no qual se retomava sinteticamente o que fora abordado no encontro anterior. A seguir, eram dados depoimentos das vivências individuais em torno do tema proposto, passando-se a refletir sobre ele e fazendo-se associações com as vivências relatadas pelos participantes. Esses momentos

eram ricos em reflexões críticas, derivadas das vivências relatadas. Ao final, sugeríamos uma técnica que sintetizasse o tema discutido; em alguns encontros, foram encarregados dois participantes para procederem a essa síntese. A organização em forma de círculo foi a disposição escolhida pelo grupo porque promove abertura para as pessoas falarem.

Em os todos encontros, providenciamos um lanche para o grupo. No primeiro, esse momento foi antecipado porque a maioria dos participantes estivera durante todo o dia com aulas no curso de especialização e não havia tido tempo para alimentar-se. O lanche foi um elemento importante como integrador dos elos, os quais, à medida que sentiam necessidade, serviam-se de um “tira gosto”, que estava à disposição na sala.

Quanto ao processo educativo-cuidativo, julgamos importante salientar que a integração entre os participantes superou as expectativas iniciais. Todos já se conheciam das reuniões da CRS, mas não tinham estabelecido, na sua maioria, grandes laços; assim, no decorrer dos encontros, foi possível observar uma maior integração e eles passaram a se conhecer melhor.

O moderador permaneceu como integrante do grupo e tinha a função primordial de oportunizar a manifestação de todos os componentes do grupo, bem como de focalizar e aprofundar as discussões. Utilizava a observação para detectar o que se passava, questionando os elos quando as mensagens captadas não eram claras.

### **3.6 Saída de campo**

A saída de campo ocorreu ao final do processo educativo-cuidativo, ficando o desafio para que fosse dada continuidade aos encontros, então de forma ampliada, abrangendo todo grupo de enfermeiros dos municípios que atuam na CRS. Ressalto que deixei em aberto a possibilidade de continuar colaborando com o grupo.

Ao término do processo educativo, ficaram os vínculos afetivos estabelecidos, os avanços dessa caminhada e um sentimento de perda que é plenamente superado pela capacidade de liderança e criatividade que o grupo demonstrou possuir. Com essa certeza, creio que o grupo será capaz de lançar mão de possibilidades que continuarão alimentando suas vivências através de reflexões críticas.

### **3.7 Registro e análise das informações**

As informações foram obtidas através das entrevistas individuais semi-estruturadas, das discussões em grupo e observações durante o processo educativo-cuidativo (reflexão crítica) e das visitas às UBSs. Para manter a fidelidade das informações, foram utilizadas gravações, que eram posteriormente transcritas. Outro instrumento utilizado foi a observação, presente em todos os momentos do processo educativo-cuidativo, cujo registro era feito imediatamente, especialmente quando das visitas aos ambientes de trabalho. A observação também foi utilizada para registrar a minha visão dos diferentes momentos do processo, o que pode ser traduzido pelo “diário de campo”, como preconiza a pesquisa convergente-assistencial. Nesse tipo de pesquisa, é na prática que se efetiva a coleta dos dados. Assim, vivenciei de forma simultânea a pesquisa e a assistência.

Torna-se importante ressaltar que, após cada etapa realizada, obtínhamos o primeiro delineamento parcial das informações, às quais já começaram a ser trabalhadas no sentido de agrupá-las em assuntos afins, iniciando as primeiras análises. Também, após cada etapa, era avaliado o alcance dos objetivos propostos para o presente estudo. Houve dados e informações que se repetiram nas diferentes etapas demonstrando importância maior a eles atribuídos.

Durante a etapa das entrevistas semi-estruturadas, as informações obtidas estavam direcionadas à opinião individual de cada participante. Nos cinco encontros realizados com o grupo, as vivências relatadas levavam a que as reflexões assumissem caráter coletivo, e os resultados obtidos ocorreram de

forma ampliada. Nas visitas realizadas às UBSs, foram obtidas informações do mundo do trabalho de cada participante, verificando-se seu cotidiano dentro da estrutura que lhe é oferecida.

As anotações das sínteses a que os participantes do grupo chegaram constituíram-se em registros de informações dos encontros com o grupo. As informações foram coletadas a partir do primeiro contato com os participantes. Após cada entrevista, encontro com o grupo, visitas realizadas e as concomitantes observações pessoais registradas, os dados obtidos eram transcritos, lidos e relidos. Cada etapa constituiu uma rica e extensa fonte de dados. A análise dos dados foi ocorrendo gradativamente em cada etapa, comparando-os com a fundamentação teórica, buscando sua interpretação e sustentação que resultaram em vários comentários e considerações. Ao final de todas as etapas, procuramos estabelecer uma análise geral de cada código-chave apontado. Diante da dimensão dos dados obtidos, procuramos, então, delimitá-los em assuntos afins extraíndo códigos-chaves, os quais foram agrupados, para formar categorias. Ao final de todas as etapas, procuramos estabelecer uma análise geral de cada código-chave apontado.

As várias categorias não se manifestaram de forma isolada, mas percebemos que se encontravam inter-relacionadas. Essas categorias foram novamente delimitadas, sendo transformadas em temas, que foram analisados e comparados com a fundamentação teórica, obtendo-se como resultado:

- características dos elos participantes;
- posicionamento dos elos frente ao SUS;
- posicionamento dos elos frente a sua formação para atuar em saúde pública;
- temas emergentes;
- alternativas apontadas pelos elos.

## **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A análise e discussão dos dados desta dissertação envolvem as características gerais dos elos participantes, a autopercepção dos elos enquanto enfermeiros, o seu posicionamento com referência ao lado benéfico e contraproducente do SUS, a visão dos elos sobre sua formação institucional, abordagem dos temas emergentes (valorização profissional, participação social dos enfermeiros, condições de trabalho e a formação dos enfermeiros frente as políticas de saúde) e as alternativas sugeridas pelos elos em seu cotidiano nas UBSs.

### **4.1 Resultados referentes aos elos deste caminho**

A característica geral do grupo convergente deste estudo é que todos os seus elos pertencem a municípios de uma CRS e são enfermeiros responsáveis pelo Pacs naqueles, atuando também nas UBSs respectivas. Os elos apresentam características específicas de acordo com sexo, idade, estado civil, local e ano em que obtiveram a graduação, tipo de experiência profissional, local de atuação e atividades que desenvolvem nas suas UBSs.

Observamos que a maioria dos elos participantes (nove) já são relativamente “maduros” (em torno de 80 % têm idade acima de trinta anos), além de quatro deles terem se graduado em enfermagem com idade superior a trinta anos e apenas um já possuir formação na área.

Verificamos, pelos dados levantados com os elos, que a área de saúde pública absorveu nos últimos dois anos o quádruplo de enfermeiros que mantinha há dez anos, o que evidencia o forte direcionamento dos profissionais enfermeiros hoje para a área da saúde pública. Tal fato se explica pela própria política de saúde vigente; que tem focalizado o enfermeiro como o profissional indispensável para o funcionamento de alguns programas. Também devemos considerar as mudanças que ocorreram a partir da implantação gradativa do SUS, especialmente no que se refere à descentralização.

Essa constatação, por si só, já remete à necessidade de mudança do perfil do profissional enfermeiro, o qual deve estar convenientemente preparado para assumir as atividades que lhe são determinadas dentro do contexto da saúde pública. Outrossim, vem atender às novas Diretrizes Curriculares da Enfermagem, que preconizam o preparo básico do enfermeiro tanto para a área preventiva como para a curativa.

Igualmente, é muito acentuada a visão positiva dos elos que já atuaram na área curativa em relação à área de saúde pública, o que eles justificam com as seguintes argumentações: o respeito profissional com que são tratados, o poder decisório sobre suas atividades (autonomia), a flexibilidade no horário de trabalho, a integração com a comunidade e o Conselho Municipal de Saúde. Ainda, dizem ter a oportunidade de colocar em prática, com criatividade e flexibilidade, os conhecimentos teóricos recebidos, ampliando seus horizontes profissionais e lutando para atingir as prioridades estabelecidas por seus municípios.

A maioria dos elos obtiveram sua graduação no curso de Enfermagem da universidade A, cujos alunos são absorvidos pelo mercado de trabalho disponível na própria região em que se situa, tanto na área da saúde pública como na hospitalar.

Outro dado que chama atenção é que apenas um dos elos é do sexo masculino, retratando a questão de gênero muito presente na enfermagem. Apesar de ser, em sua origem histórica no Brasil, relacionada ao Hospital dos Alienados (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto), mais voltada ao sexo

masculino, a enfermagem é hoje uma profissão predominantemente exercida pelo sexo feminino, numa prova de que a maternagem ainda é muito evidente.

Os elos participantes mantêm heterogeneidade quanto ao tempo de conclusão do curso de enfermagem: quatro deles estão formados há mais de dez anos; sete, há menos de quatro anos, dos quais seis o foram nos últimos três anos.

A maioria dos elos são casados; apenas três são solteiros. Se associarmos o estado civil com a idade, veremos que a constituição de família decorre de um processo natural da maturidade. Um dos elos encontrava-se prestes a assumir o casamento, sendo interessante observar que alguns deles viviam sua segunda experiência de vida em comum.

No geral, os elos (sete) tiveram sua primeira oportunidade profissional na área da saúde pública, constituindo-se nos desbravadores da enfermagem nas secretarias de Saúde de seus municípios. Esse papel duplica a sua responsabilidade, pois, nos municípios pequenos, o profissional enfermeiro é foco das atenções e fica evidente, para a população, que deve ter supremacia de conhecimentos teóricos e práticos tanto na área preventiva como na curativa.

Todos os elos têm como atividade central a coordenação do Pacs, função para a qual os diversos municípios contrataram profissionais enfermeiros. Segundo orientação do Pacs, o enfermeiro que assume o programa deve manter exclusividade para essa função, o que tem gerado muitas discussões e controvérsias. Por um lado, os municípios com dificuldades de recursos financeiros e de pessoal tentam aproveitar ao máximo o profissional enfermeiro, delegando-lhe todas as responsabilidades de enfermagem relacionadas com a área de saúde pública; de outro, o Ministério da Saúde e os órgãos estaduais e regionais centralizam nesse profissional o sucesso de vários programas, em virtude de sua visão ampliada de saúde, competência técnico-científica e criatividade na operacionalização das ações propostas.

Apenas um dos elos tem a função exclusiva da coordenação do Pacs, o que se deve ao fato de exercer suas funções no município-sede da CRS, cuja

população é elevada (em torno de 170 mil habitantes), demandando vários agentes comunitários de saúde sob sua orientação. Nesse, o elo é o único que conta com apoio de um auxiliar administrativo para desincubir-se da parte burocrática; quanto aos demais elos, assumem muitas tarefas além daquelas inerentes pelo Pacs e, embora tenham consciência do papel exclusivo que deveriam ter, não parecem ser insensíveis frente à problemática de seus municípios, motivo pelo qual acabam fazendo “acordos” para atender a esses apelos.

Muitas dessas responsabilidades decorrem do seu desempenho nas atividades preconizadas pelo programa. A criatividade e a competência de cada elo em intervir nos problemas de saúde diagnosticados retratam sua característica profissional perante o gestor municipal de saúde e sua equipe, bem como a população em geral.

A burocracia da saúde pública é intensa, pois cada programa exige relatórios, controles, cadastros próprios; assim, muitos enfermeiros se desviam do atendimento direto à clientela. O município A, por exemplo, além de ter um funcionário que desempenha as atividades de apoio à parte burocrática, mantém o elo com exclusividade nesse serviço, ainda que ele necessite envolver-se com essas atividades, pois é o responsável pelas informações que são repassadas. Isso nos leva a fazer uma comparação com o que acontece em nível hospitalar, onde o trabalho da enfermagem é desenvolvido pelos profissionais de nível médio, pois o enfermeiro pode assistir os seus clientes em raras ocasiões. Nesse caso, é mais fácil identificá-lo no momento em que é preciso fornecer um cartão de visita do que na prestação de um cuidado. Será, pois, que também na saúde pública estamos nos encaminhando para isso?

Pelos depoimento dos elos, constatamos que poucos se envolvem com atividades assistenciais por assumirem, predominantemente, atividades administrativas. Pensamos que o risco de os elos assumirem várias atividades para as quais não são contratados é o de não conseguirem cumprir eficientemente todos esses papéis. Aliás, a sobrecarga de trabalho é um fato evidente entre eles, que citaram a falta de tempo e o excesso de atividades.

Outra dificuldade visível é que a maioria dos elos não residem nos municípios onde desenvolvem suas atividades profissionais: alguns se deslocam diariamente para esses; outros permanecem neles durante a semana (de segunda-feira a sexta-feira); outros, ainda, permanecem neles apenas por alguns turnos durante a semana. Apenas quatro dos elos residem nos municípios em que atuam, o que tem como implicação a ausência de vínculo direto com a continuidade das atividades; também exige dos elos maior organização na distribuição das diferentes responsabilidades assumidas.

O fato de os elos não residirem no município remete à constatação de que não há profissionais enfermeiros no próprio município, ou não são boas as condições de trabalho oferecidas nessas localidades. Isso também é visível pela rotatividade relatada por alguns elos em municípios da própria CRS. Para o município e sua população, tal fato é prejudicial visto que o vínculo é desfeito e o investimento de tempo para reatá-lo com outro profissional é grande; isso sem levar em consideração os laços de confiança, que só se estabelecem pela convivência com o profissional.

Também, ressaltamos a questão legal, com ingresso por concurso público para os profissionais que atuam nas secretarias municipais de Saúde. Como vimos, poucos elos são contratados através de concurso. O ideal seria que o município abrisse concursos públicos para dispor dos elos na forma prevista em lei, os quais sejam regidos por normas definidas e tenham por finalidade selecionar os profissionais dentro de certos critérios e atendendo aos aspectos legais. Os elos ressaltam haver influência política na realização de concursos públicos, de tal forma que nem sempre o profissional com maior identificação com a equipe da secretaria é contemplado. O processo seletivo deve, portanto, ter critérios claros e ser imparcial.

Nesta CRS, 31 municípios aderiram ao Pacs, contratando elos de diversas formas, através de cooperativa, de ONGs, ou por contrato emergencial. Se, por um lado, para os municípios, há vantagem financeira na adoção dessa modalidade, pois a vinculação desses profissionais é com a cooperativa ou ONGs, por outro, há a desvantagem de rotatividade excessiva, pois eles acabam

não criando vínculo com o seu trabalho e, na primeira oportunidade que surge, optam por outro município. Pelo lado dos profissionais, como assumem a condição de prestadores de serviço, sem vínculo empregatício direto com os municípios, são excluídos dos direitos sociais dos trabalhadores, como férias e décimo terceiro salário, sendo remunerados apenas pelas atividades que irão desenvolver (terceirizados).

O aspecto negativo desse tipo de contratação fica evidente no trabalho descontínuo das secretarias municipais de Saúde em razão da ausência de comprometimento de seus integrantes. Assim, quando o profissional está entrosado no seu trabalho, surge nova oportunidade, com melhores condições, especialmente em relação à segurança (apesar de ser relativa). Não há, pois, um programa de educação continuada instituído, e a rotatividade de pessoal faz com que o investimento se dê na fase de adaptação de novos funcionários.

A seguir, apresentamos o Quadro 4, síntese dos elos participantes e que contém resumidamente todas as informações gerais que os envolvem.

ELUS	IDADE	EST CIVIL	LOCAL-ANO-GRAD	TEMPO	EMP. PROFISSIONAL	LOTACAO	SAUDE PUBLICA	FUNCOES ATIVIDADES
Puxador	22 a	S	Universidade A 2º Sem / 1999	Recente	só Saúde Pública	Município B	1 mês	Coordenador PACS Responsável UBSS Coord. Vigil. Sanitária Assessor Técnico SMS
Ligação	31 a	C	Universidade A. 2º Sem / 1998	1 ano	só Saúde Pública	Município D	8 meses	Coordenador PACS Responsável UBSS Coord. Vigil. Sanitária Assessor Técnico SMS
Brisante	38 a	C	Universidade A 2º Sem / 1998	2 anos	só Saúde Pública (dois municípios)	Município H	2 anos	Coordenador PACS Responsável UBSS Consulta Enfermagem Coleta CP, teste pezinho grupos (gestante, 3ª idade) clube de mães)
Radiante	34 a	C	Universidade B 1985	15 anos	Hospitalar e Saúde Pública	Município C	5 anos	Coordenadora PACS Responsável UBSS Assessor Técnico SMS Atividades Educativas em Saúde
T D O Trabalhador, Decorador e Organizador Fenomenal	31 a 32 a	C C	Universidade A 1996 Universidade A 2º /1998	3 anos 6 meses	Hospitalar Saúde Pública Entidade Ensino Saúde Pública (dois municípios)	Município A Ensino *dois vínculos Município F	2 anos e 6 meses 4 meses	Coordenadora PACS Responsável UBSS Instrutora area Enfermagem Coordenadora PACS Responsável UBSS Prog. Ações Saúde
Ovelheiro	36 a	C	Universidade A 2º /1997	2 anos	Saúde Pública	Município J	2 anos	Coordenadora PACS Responsável UBSS Consulta Enfermagem Coleta CP, teste pezinho grupos (gestante, 3ª idade)
Cheio de Luz	29 a	S	Universidade C 1995	5 anos	Saúde Pública	Município G	9 meses	Coordenador PACS Responsável UBS Procedimentos de enfermagem
Elo A	34 a	S	Universidade A 1988	11 anos	Hospitalar Saúde Pública	Município I	2 anos * dois municípios	Coordenador PACS Responsável UBS Consulta de Enfermagem Procedimentos de enfermagem Grupos com doentes cronicos
Elo B	35 a	C	Universidade B 1989	10 anos	Saúde Pública	Município E	10 anos	Coordenador PACS Responsável UBS Coleta CP
Incentivador	41 a	C	Universidade A 1981	18 anos	Hospitalar Ensino Saúde Pública	CRS Universidade A e D * três vínculos	5 anos	Coord. Programa da Saúde da Criança e da Mulher; docente Fundamentos de Enfermagem
Fenomenal	38 a	C	Universidade A 1998	1 ano	Saúde Pública	Município F	1 ano	Coordenador do Pacs Responsável UBS Programas Ações de Saúde

## 4.2 Autopercepção dos elos do caminho percorrido

Num primeiro momento, conhecemos as características gerais dos elos que participaram do estudo, de modo a fornecer uma visão geral de suas características como grupo. Agora, passamos a focalizar nosso olhar em cada elo de forma individualizada.

Como já vimos, os participantes deste processo educativo-cuidativo auto-denominaram-se, no primeiro encontro, de acordo com sua percepção como enfermeiros. Nesta parte, apresentamos as razões pelas quais eles se atribuíram tais denominações. Os dois últimos elos a serem apresentados naquela ocasião não estavam presentes, daí por que foram denominados de elo A e elo B.

Julgamos que a melhor forma para a apresentação dos elos, sujeitos desta pesquisa convergente-assistencial, é através de suas próprias informações pessoais, por isso nada mais significativo que suas falas. Dessa forma, passamos a fornecer um perfil genérico de cada um. Utilizaremos o termo *enfermeira* como forma de tratamento para todos os elos, independentemente de seu sexo, uma vez que a maioria dos elos integrantes deste estudo são do sexo feminino.

- ***Elo Puxador***

“Sou o elo Puxador porque me sinto assim em relação à saúde pública, sabedora de informações da área, tomando a frente nas atividades do meu município.

Sou enfermeira formada no primeiro semestre de 1999 – bacharel e licenciada em Enfermagem pela universidade A; tenho 22 anos e sou solteiro. Este é o meu primeiro local de trabalho e estou, de fato, acreditando no papel que a enfermeira pode e deve realizar na saúde pública. Aceitei atuar na Secretaria Municipal de Saúde do município B porque o profissional enfermeiro é muito bem visto pela gestora de saúde, isto graças à atuação do enfermeiro anterior. Além disto, a sua visão da atual política de saúde coincide com a minha, pois penso que é um processo em construção e

devemos lançar este olhar em nosso cotidiano. Também porque a saúde pública, para mim, é uma conquista que todos – população e profissionais de saúde – devemos visar para que a saúde da população seja alcançada.

Minha atividade principal é a coordenação e supervisão do Pacs e, após, a coordenação de duas UBSs e das atividades da Vigilância Sanitária. Também desempenho assessoria técnica para a secretaria municipal de saúde.

Permaneço no município B durante a semana, pois meus familiares são do município-sede da CRS.”

- ***Elo de Ligação***

“Sinto-me como um verdadeiro elo de Ligação porque sou o ponto de união entre a população e o sistema de saúde. Fico transpondo os obstáculos que estão no meio deste caminho para que, de fato, se efetive esta comunicação de forma adequada.

Sou enfermeira, formada – bacharel e licenciada em Enfermagem - no segundo semestre de 1998, pela universidade A. Tenho 31 anos e sou casada. Há oito meses atuo na Secretaria Municipal de Saúde do município D, sendo este o meu primeiro local de trabalho. Sou coordenadora do Pacs, responsável técnica da UBS e presto assessoria à Secretaria Municipal de Saúde. Moro no município-sede e desloco-me até o município D, diariamente.”

- ***Elo Brisante***

“Elo Brisante... porque tem horas que estou calma como uma suave brisa e outras, que me sinto como uma leoa para fazer o que é necessário e ajudar os outros, sem interesses políticos. Nem todos conseguem fazer o que se deve sem tirar proveito político e daí é que me sinto uma leoa posicionando-me contrária a estas posturas interesseiras.

Sou enfermeira formada – bacharel e licenciada em Enfermagem - no segundo semestre de 1997 pela universidade A. Tenho 38 anos e sou casada. Minha experiência profissional tem sido em saúde pública. Atuei no município X e agora

estou no município H. Antes da graduação, já atuava há quatro anos na área da enfermagem como auxiliar de enfermagem.

Atualmente no município H, desenvolvo atividades junto à Secretaria Municipal de Saúde e minhas principais atividades são: coordenação do Pacs, responsável técnica pelas UBS; realizo atividades como consultas de enfermagem, coleta de CP (citopatológico de colo uterino), teste do pezinho e coordeno atividades em grupos com gestantes, idosos e o clube de mães”.

- ***Elo Radiante***

“No meu trabalho, sinto-me como uma luz ou um livro, cheio de conhecimentos. Fico orientando, resolvendo, encaminhando vários clientes que me procuram. Portanto, constantemente irradio minha luz, meus conhecimentos.

Sou enfermeira, formada em 1985 pela universidade B. Tenho 34 anos e sou casada. Minha experiência profissional foi, em primeiro lugar, em nível hospitalar. Nos últimos cinco anos, estou atuando na saúde pública, onde realmente me identifiquei com o trabalho. Atuo na Secretaria Municipal de Saúde do município C, onde minhas principais atividades são: assessorar a gestora municipal de saúde, coordenar o Pacs e as UBSs e desenvolver atividades educativas junto à comunidade.

Já atuei no município Y, onde pude acompanhar, na prática, o que é a mobilização e participação da população. Este foi o maior ensinamento que tive: quando a população se organiza e tem objetivo definido para chegar aonde que, ela realmente consegue o que quer.”

- ***Elo Trabalhador, Organizador e Decorador (TDO)***

“ Sou uma pessoa que faz muitas coisas, sou muito ativa e quanto mais trabalho mais motivação tenho para trabalhar. Gosto de ter tudo organizado e decorado. Adoro lidar com flores e plantas. Decorei todo o jardim da Secretaria Municipal de Saúde. Eu me sinto assim, pronta a trabalhar onde for necessário.

Gosto de me envolver no trabalho. Isto, às vezes, me prejudica, pois vou além do que deveria, não me importando se vou além do meu horário. O que gosto é de fazer bem feito o que é necessário.

Sou enfermeira desde 1996, formada – bacharel e licenciada em Enfermagem – pela universidade A. Tenho 31 anos e estou de casamento marcado, porém falta espaço em minha agenda para, de fato, concretizá-lo. Atualmente, trabalho na Secretaria Municipal de Saúde do município A, com exclusividade para a coordenação do Pacs. Este município é sede da regional e seu maior município, havendo muito trabalho. Disponho de um secretário que me auxilia a dar conta da burocracia. Ele realmente é fundamental para que eu consiga desenvolver todas as minhas atividades. Também mantenho vínculo com uma outra entidade como instrutora da área da saúde.”

- ***Elo Fenomenal***

“ Sinto-me como um elo Fenomenal diante da expectativa do mundo da saúde pública. Por isto, me sinto um verdadeiro fenômeno, resolvendo tudo e procedendo aos diversos encaminhamentos.

Sou enfermeira formada – bacharel e licenciada em Enfermagem - no segundo semestre de 1998. Tenho 38 anos e sou casada. Minha experiência profissional é apenas na saúde pública, no município F, há quatro meses. Minhas principais atividades são: coordenação do Pacs e das UBS e atuação em todas as atividades do programa de Ações de Saúde.”

- ***Elo Ovelheiro***

“Sinto-me inserida no meu trabalho como uma ovelha porque, fora do rebanho, ela se sente perdida e, quando se encontra em seu lugar, tem condições de batalhar muito. É assim que eu vejo. Em algumas horas, sinto-me completamente perdida e, em outras, perfeitamente inserida dentro do contexto, trabalhando e lutando muito para atingir os objetivos propostos.

Sou enfermeira, formada – bacharel e licenciada em Enfermagem - no segundo semestre de 1997 pela universidade A. Tenho 36 anos e sou casada. Atuo na Secretaria Municipal de Saúde do município J há quase dois anos. Resido neste município, mas gostaria de conseguir um local de trabalho onde houvesse melhores condições de desenvolver as atividades, sem influências. Estou batalhando para isso.

No município J, minhas principais atividades são: coordenação do Pacs e da UBS, desenvolvo consultas de enfermagem, coleta de CP, teste do pezinho e atuo com grupos de gestantes, idosos e clube de mães.

Atualmente, enfrento alguns problemas pessoais de saúde e ando muito angustiada”.

- ***Elo Cheio de Luz***

“Identifico-me como um elo Cheio de Luz porque, enquanto enfermeira, temos que saber de todos os assuntos, irradiando estes conhecimentos no decorrer de nosso trabalho.

Sou enfermeira, formada em 1995, na universidade C, em outro estado. Tenho 29 anos e sou solteira. Atuei voluntariamente durante oito meses em saúde pública, com o intuito de adquirir maior experiência. Exerço atividades na Secretaria Municipal de Saúde do município G há nove meses. Sou coordenadora do Pacs, responsável pela UBS, desenvolvendo os demais procedimentos de enfermagem.

Minha família acha que eu deveria atuar a nível hospitalar, mas o que consegui foi atuar em saúde pública.

Resido na cidade-sede da CRS e desloco-me algumas vezes por semana até o município G. Alguns dias, pernoito por lá. A distância não é muito grande, mas a viagem de ônibus é muito inconveniente”.

- ***Elo Incentivador***

“Considero-me um elo Incentivador porque me coloco como parte do grupo, motivando e incentivando discussões e reflexões acerca do nosso mundo de trabalho,

mesmo que com diferentes locais de atuação. Há uma diferença grande entre estar na coordenação de programas e a sua execução junto à população.

Sou formada pela primeira turma da universidade A – bacharel e licenciada em Enfermagem – em 1981. Tenho 41 anos e sou casada. Atuei durante três anos a nível hospitalar, numa escola de auxiliares de enfermagem. Após, iniciei minhas atividades na universidade A, como professora, nas disciplinas da área da saúde de um curso de graduação e na enfermagem, na disciplina de Prática de Ensino. Posteriormente, passei a atuar na disciplina de Fundamentos de Enfermagem. Há seis anos, iniciei atuação na área de saúde pública, inicialmente numa secretaria municipal de saúde de um município não pertencente a esta coordenadoria. Após, numa CRS, na área de epidemiologia. Recentemente, fui transferida de coordenadoria e estou atuando no Programa da Saúde da Criança e da Mulher.”

- **Elo A**

“Sou enfermeira, formada - bacharel e licenciada - desde 1988 pela universidade A. Atuei nove anos em hospital e há dois anos estou na saúde pública, em dois municípios diferentes.

Atualmente, estou no município I. Tenho 34 anos e sou solteira. Minhas principais atividades são : coordenadora do Pacs, responsável técnica da UBS; procedo à coleta de CP, teste do pezinho, vacinação, curativos, visitas domiciliares; e atuo em grupos de doentes crônicos.”

- ◆ **Elo B**

“Sou formada desde 1989 pela universidade B. Estou há dez anos na saúde pública e fui a primeira enfermeira da secretaria municipal de saúde do município E.

Tenho 35 anos e sou casada. Exerço várias atividades, mas as principais são: consultas de enfermagem, coleta de CP, realização de procedimentos básicos de enfermagem. Sou responsável técnica das UBSs e coordeno o Pacs.”

Ao se darem nomes fictícios, os elos se atribuíram características simbólicas de suas representações como enfermeiros, atitude em que percebemos uma auto-estima muito positiva, o que é bom para a enfermagem. As declarações dos elos mostram a visão que eles têm de si e, com isso, por extensão, dos enfermeiros em geral. Destacamos alguns pontos que julgamos relevantes nas declarações dos elos.

- Sabedor de informações da área de saúde pública

Nesse enfoque, os elos tomam a frente de todos os procedimentos. Como coordenadores das UBSs, dominam e acompanham todos programas e atividades.

“... porque me sinto assim em relação à saúde pública, como sabedora de informações da área; auxílio a puxar e a levar as atividades...” (elo Puxador)

Por acreditarem em seu trabalho, os elos são incentivadores da equipe de saúde e da própria área da saúde pública. Necessitamos de enfermeiros competentes, criativos, motivados e que, acima de tudo, se identifiquem e se comprometam com sua profissão. Bettinelli (1998, p.29) afirma que “...à medida que as pessoas se sintonizam, que se solidarizam com seus propósitos de vida, o nível de motivação tende a se elevar exponencialmente”. Nesse sentido, o espírito de categoria profissional se eleva e é possível identificar maior produtividade e resolutividade nas atividades desenvolvidas, fruto de um compartilhar limitado pelo passado, mas ilimitado como potencial futuro.

“... tem que saber **todos** assuntos.”(elo Cheio de Luz)

Por outro lado, a auto-suficiência em termos de conhecimentos que alguns demonstraram revela uma certa imaturidade. Sabemos que o conhecimento é ilimitado e nunca se esgota, de tal forma que o que hoje conhecemos, amanhã já será obsoleto neste mundo globalizado. Demo (1996) salienta que passamos a conhecer a partir do que já conhecemos e que o desafio está na reconstrução

constante do conhecimento, ou seja, aprender a aprender substituindo o simples fazer pelo saber fazer e pelo constante refazer. Ainda não temos a justa dimensão da globalização no cotidiano da enfermagem, mas ela já é real e necessitamos acompanhar essa nova era que se instala em nosso meio.

Na declaração transcrita acima, fica evidente que a clientela e os demais componentes da equipe de saúde esperam que ele tenha domínio de todos os aspectos que se relacionam com seu trabalho na área de saúde pública.

- Um livro

“... um livro aberto para receber novas conhecimentos...” (elo Radiante)

Quando da sua atuação, o elo, na função de coordenador da UBS, é quem orienta, encaminha e conduz os clientes, sendo o ponto de referência para os demais profissionais de saúde. Percebemos que o domínio da burocracia, que é extensa e trabalhosa, produz maiores condições de gerenciamento. Essa burocracia não é estática e está sempre em contínua inovação, de acordo com normas operacionais estipuladas em cada programa. É necessário, pois, constantemente, *aprender a aprender*.

Podemos relacionar o conhecimento que os elos detêm no gerenciamento das UBSs como instrumento de poder. Segundo Poletto (1999), o enfermeiro é visto como detentor do conhecimento, gerando poder diretivo *sobre* e não *entre* as pessoas com quem mantém relações de trabalho. Nisso revela o seu domínio sobre os demais integrantes da enfermagem, mas também a necessidade de um relacionamento com equidade entre todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da UBS. Na saúde pública, o enfermeiro detém autonomia, de forma que, na “sua” UBS, ele exerce seu papel efetivamente.

“... é um livro que tem páginas dobradas, coladas e não muito amareladas”. (elo Radiante)

Nessa declaração, percebemos a preocupação com os entraves do cotidiano e a necessidade de atualização e permanente retomada. Com isso, novamente, enfatizamos que é preciso constantemente *aprender a aprender*.

- Ajudador

Neste enfoque, o elo revela ser capaz de orientar e encaminhar os usuários, assume uma postura de mansidão; porém, na defesa dos direitos do outro, é capaz de atitudes mais ousadas, buscando defendê-lo ou defender suas próprias idéias.

“... porque tem horas que estou calma e tem horas que me sinto uma leoa para fazer o que é necessário, defender nossas idéias (...) queremos ajudar as pessoas...” (elo Brisante)

Vemos também a manifestação de solidariedade no fato de o elo ficar “... uma leoa para fazer o que é necessário (..) para ajudar as pessoas”. Constatamos que há manifestação de maior interesse e solidariedade pelos outros e pelas atividades em si do que pela sua própria categoria. Os elos têm um entusiasmo muito grande por sua profissão de forma individualizada, contudo não demonstram sentimento similar como grupo de enfermeiros.

A criatividade, conforme Sá e Fugita (1996), é inerente a todo ser humano. É uma necessidade social que produz progresso, desenvolvimento e evolução da humanidade, levando o indivíduo à auto-realização. Na enfermagem, a criatividade é vista como um instrumento básico, que capacita o indivíduo a criar formas de exercer suas atividades dentro do contexto no qual está inserido, extrapolando seus domínios, expondo-se e descobrindo novas formas de pensar, atuar e “ajudar” a sua clientela.

Durante muitos anos, o exercício da enfermagem ficou atrelado à simples execução de técnicas, desenvolvidas num padrão rígido e repetitivo. Porém, nos últimos anos, vemos, com satisfação, que ela está se posicionando através do exercício da reflexão crítica de seu cotidiano. O enfermeiro deve adotar o hábito de refletir para poder despertar a curiosidade científica, fazendo desabrochar seu

potencial criador em benefício do saber-fazer em enfermagem. A criatividade é dinâmica e se faz presente na busca de "... linhas teóricas que construam o saber próprio da profissão (...) implementando alternativas em seu fazer profissional..." (Sá e Fugita, 1996).

- Inserida no mundo do trabalho como uma ovelha

Outra representação simbólica utilizada foi a ovelha "... porque a ovelha quando cai fora do rebanho ela se sente perdida e quando se encontra no seu lugar batalha muito" (elo Ovelheiro). Este elo foi o único a fazer referência ao coletivo, ao grupo. Quando cita o entrosamento com o rebanho, podemos entender o relacionamento entre os enfermeiros, a enfermagem ou a própria equipe de saúde. "A solidariedade é uma forma de experimentar com o outro respeitando suas diferenças e espaços (...) O homem necessita de solidariedade para desenvolver todas as suas potencialidades, pois ele se completa no outro"(Bettinelli, 1998, p.28). Um rebanho é um grupo de elementos que caminham juntos, tendo objetivos comuns; para isso, a solidariedade deve estar presente visto que, num grupo, o interesse individual é superado pelo interesse coletivo, onde vemos "... um pouco de si no outro (...) as pessoas passam a reconhecer quão importante é viver em comunhão..." (Bettinelli, 1998, p.29).

A enfermagem como categoria e a equipe multiprofissional têm muito a aprender sobre as relações no trabalho. A competitividade é salutar quando vem somar ao grupo multidisciplinar, mas é maléfica quando prevalece apenas o interesse individual. Precisamos, como a Unesco aponta nos *Quatro pilares da educação para o século XXI* (Delors, 1998), aprender a viver descobrindo o outro, dialogando, valorizando as potencialidades do grupo para aprender a ser em sua plenitude, utilizando a criatividade e a inovação.

- Elo de ligação entre a população e o sistema de saúde e profissionais

A representação simbólica do enfermeiro como ponto de ligação traduz o que no cotidiano ele desempenha. Ele é o profissional que mais tempo

permanece na UBS, mantendo contato direto e indireto com toda clientela; ele “decifra” os códigos utilizados pelos outros profissionais e se dispõe a fazê-lo, dando atenção e esclarecendo dúvidas dos usuários. Sabemos que a comunicação é uma grande barreira existente na área da saúde, onde termos técnico-científicos são utilizados rotineiramente como se o cliente tivesse obrigação de dominá-los. Segundo Silva (1996), os clientes gostariam de maior franqueza e entendimento nos contatos com os profissionais de saúde e que tudo fosse falado, substituindo-se o mutismo de alguns.

Podemos perceber que muitos enfermeiros, quando inseridos em seu contexto de atuação, desenvolvem um relacionamento terapêutico, apontado por Veiga e Crossetti (1996) como aquele em que a empatia, entendida como percepção das necessidades do cliente, a especificidade de propósitos, o respeito mútuo e a sinceridade e autenticidade estão presentes. Bettinelli (1998) refere a importância de o enfermeiro envolver-se com o cliente na prestação da assistência a fim de tornar o relacionamento efetivo, beneficiando o cuidado de enfermagem.

Durante muitos anos, as atividades de enfermagem foram desenvolvidas de modo extremamente técnico, de forma que a demonstração de sentimentos era vista como incapacidade de atuar nesse meio (como se fosse possível esquecer a condição humana do enfermeiro). Felizmente, hoje, muitos valores adormecidos estão sendo resgatados com um olhar diferente, pelo qual a sensibilidade, a percepção e a solidariedade ao cuidar tornam-se extremamente valorizados.

- Uma luz

A autodenominação de “...luz (...) um livro cheio de luz (...) irradiando luz” (elo Elo Radiante, elo Cheio de Luz) envolveu vários elos e possui significado semelhante ao de conhecimentos. Há uma referência de um dos elos que reforça a ligação de *livro* com *luz*, indicando que, ao deter o conhecimento, é capaz de transmiti-lo e mostrar os caminhos possíveis para os problemas de sua prática cotidiana.

- Um fenômeno

O elo utilizou esta autodenominação referindo-se ao domínio de todos os conhecimentos de sua área de atuação (saúde pública).

“Fenômeno porque você tem que dar conta do mundo que envolve a saúde pública”. (elo Fenomenal)

Este elo demonstra o domínio pleno da sua área de atuação dentro da realidade na qual está inserido.

- Trabalhador

Este elo manifestou grande motivação para com seu desempenho profissional.

“...Quanto mais você trabalha, mais trabalho você tem e mais trabalho você quer”.  
(elo TDO)

Percebemos perfeita identificação deste elo com seu trabalho, porém não há limites entre sua vida profissional e pessoal.

Ao analisar as funções que os elos se atribuíram nessas características simbólicas, podemos perceber que refletem a sua positiva auto-imagem. O enfermeiro que atua nas UBS, portanto, é aquele que :

“...toma a frente das atividades (...) remove obstáculos (...) resolve tudo (...) encaminha clientes (...) orienta (...) é a mediadora entre população e o sistema de saúde (...) motiva e incentiva discussões sobre o nosso trabalho...” (elo Puxador, elo Brisante, elo TDO, elo Radiante, elo Cheio de Luz, elo Fenomenal)

Nessas funções, podemos ver o domínio da condução do gerenciamento da UBS, mas também suas limitações quanto ao fluxo normal do atendimento, uma vez que há obstáculos, tendo de resolver problemas que surgem, de mediar a relação entre a população e o próprio sistema de saúde. Os elos, como educadores, prestando assistência, também oferecem encaminhamentos e orientações. Essa é uma das atividades que os aproxima de sua clientela; é a

oportunidade de mostrarem a qualidade e o diferencial na prestação da assistência. Infelizmente, por várias razões, poucos são os elos nas UBSs que prestam assistência de enfermagem direta a sua clientela.

Como os depoimentos foram coletados antes dos encontros com o grupo convergente, pude perceber que havia uma preocupação centralizadora no fazer, no conhecimento técnico e operacional; por conseqüência, falta-lhes reflexão sobre sua prática cotidiana e a conseqüente introdução de inovações.

### **4.3 Posicionamentos dos elos referentes ao SUS**

Durante as fases desta pesquisa convergente-assistencial, surgiram diferentes posicionamentos dos elos cuja abordagem se refere ao SUS como política de saúde, à implementação dessa política de saúde na prática e à formação dos profissionais enfermeiros para atuar em saúde pública. Em seqüência, analisamos cada um desses posicionamentos.

#### **4.3.1 O lado benéfico do SUS**

Observamos posicionamentos positivos em relação ao SUS, sendo interessante verificar o olhar que cada elo lança sobre sistema.

*a) É ótimo para os pobres e carentes.*

Há enfermeiros que atuam na rede ambulatorial pública de saúde, mas não têm idéia real do que seja o sistema de saúde vigente, o que é notório quando há referência a que o SUS é ótimo para “pobres ou carentes”. Essa política de saúde, na qual as necessidades do ser humano são diferentes de acordo com a situação de contribuinte ou não contribuinte, foi inculcada pelo autoritarismo e pela exclusão que marcaram a sociedade brasileira durante muitos anos, separando cidadãos e não-cidadãos (Barros, 1994), a qual, aliás, já deveria estar superada.

A universalidade é entendida pelo SUS como acesso igualitário de todos os serviços de saúde, sem ônus para o cliente. Pela Constituição Brasileira de 1988, no título VII da Ordem Social, em seu Capítulo II, da Seguridade Social, em sua Seção II, referente à saúde, temos o artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A visão de saúde precisa ser retomada, pois, na prática, é percebida como tratamento da doença. O SUS nos fornece uma visão de saúde abrangente, que está permeando “... um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos” (Brasil, 1996, p.5).

Se essa visão de saúde for adotada, o usuário de saúde passará a ser visto como portador de um potencial, de uma cidadania cujos direitos são respeitados e que está comprometido com seus deveres. Essa cidadania permite-lhe ser ativo nas decisões e ações de sua comunidade; tornar-se um lutador dos anseios da maioria e um parceiro dos dirigentes da saúde. No entanto, para que esse seu potencial seja manifestado, é necessário que tenha acesso a informações.

O SUS é uma política de saúde recente. Para muitos, ainda persiste como algo desconhecido, dirigido à população carente e extremamente deficiente quanto ao seu funcionamento. Aprofundando esta reflexão, vemos que essas impressões não são características só da população, mas também de muitos profissionais da área da saúde e que estão inseridos na rede pública.

A idéia de que os usuários recebem atendimento de “favor”, sem nada “pagar” e que os funcionários já dispensam esforços além do que deveriam é errônea. Cada cidadão contribui pagando seus impostos para obter, quando necessitar, atendimento para sua saúde. Quanto aos funcionários públicos, trabalham por um salário acordado e não estão fazendo nenhum tipo de “favor” quando atendem à clientela; pelo contrário, estão cumprindo com o seu papel. Essa concepção equivocada acaba se refletindo no atendimento posto em prática, expandindo-se a idéia de que o sistema de saúde não funciona, o que já não

causa surpresa a ninguém. Portanto, pode-se perceber que a escola também é reprodutora desta mentalidade sendo repassada para a população brasileira.

“... é o melhor convênio que existe porque arca com muitos exames mas com algumas inconveniências (filas de espera, alguns não atendem pelo SUS, demora para marcar consulta, cobrança de diferenças... ), **mas para a população carente é ótimo**, principalmente nos municípios pequenos .” (elo Ovelheiro)

Fica evidente que o conhecimento do SUS como política de saúde é superficial nos seus princípios elementares, especialmente no fato de que ele não foi instituído para pobres ou para ricos, mas está aí como um direito de todo cidadão brasileiro. A universalidade e a equidade, entendidas, segundo Fleury (1994), como o acesso indiscriminado de todos ao sistema de saúde, devem orientar todos os profissionais da saúde envolvidos com o SUS, quer em nível ambulatorial, quer no hospitalar. Isso também deveria permear toda prática cotidiana, orientando a cada um e a toda clientela.

*b) Teoricamente, é um sistema único e integrado de saúde que garante bom atendimento aos usuários.*

O SUS é um sistema e, como tal, integra as esferas municipais, estaduais e federais, podendo contratar serviços da rede privada, a qual, contudo, deve atuar seguindo as normas do serviço público. É único porque atua com uma mesma doutrina, mesma filosofia e mesma sistemática em todo território nacional (Neto, 1994).

“É um sistema único, universal, que garante um bom atendimento aos usuários...” (elo A)

“...é uma forma de gerar tanto os serviços públicos quanto municipais.” (elo Cheio de Luz)

Cada cidadão, independentemente de qualquer característica, deveria ter assegurado o acesso a todo e qualquer atendimento que se fizesse necessário frente à prevenção, manutenção ou recuperação de sua saúde em todo território

nacional. É esse um dever do Estado e direito do cidadão, o qual está bem explicitado na lei nº 8080, de 19 de agosto de 1990.

*c) É uma grande conquista legal.*

A legislação do SUS constitui-se numa das maiores conquistas que um país já concedeu a sua população; é exemplo de uma legislação cidadã, constituindo-se num sistema proposto de tal forma que ocorra articulação em todos os níveis de prevenção.

“É antes de tudo uma grande conquista ...” (elo Puxador)

Essa conquista refere-se à passagem de um sistema de saúde imposto, regido pela autoritarismo, para um sistema de saúde que se volta para as necessidades dos usuários e no qual esses adquirem espaço, voz e vez. A conquista legal iniciou-se com os primeiros “ensaios” por uma reforma sanitária, sendo já longos os anos de luta.

Detendo nosso olhar para além do aspecto legal, podemos ver que a prática do SUS ainda não está sintonizada de forma harmônica com a teoria porque “...o SUS não é o que está aí. É o que temos que construir” (Barros, 1994, p.34). Ele é um sistema de saúde recente; por isso, a participação de todos é vital para que, de fato, possa ser implementado no cotidiano de cada cidadão.

*d) É o sistema de saúde mais significativo e importante .*

O SUS é uma política de saúde adotada pelo poder público na qual está prevista a participação de profissionais de saúde, usuários, entidades e movimentos da sociedade civil, atuando sobre o contexto real e estabelecendo prioridades para sua atuação (Neder, 1994). É o direito assegurando a representatividade da maioria dos segmentos da sociedade.

“...é o sistema de saúde mais significativo e importante criado até o momento...” (elo TDO)

e) *Insera os princípios determinados pela OMS desde a Alma-Ata.*

É a concretização de um sistema de saúde voltado para sua plena reestruturação, tornando-o mais justo, participativo e atendendo às necessidades dos problemas de saúde dos países. Reflete a transposição de um sistema autoritário para outro, de natureza democrática.

Desde 1986, em Ottawa, no Canadá, quando da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, começou a se firmar a promoção da saúde como um paradigma mundial válido para a saúde, visando à *Saúde para Todos no ano 2000* (Brasil, 1996). Foram anos de muita luta e trabalho até que o Brasil adquirisse o consenso da construção de um sistema de saúde único e integrado, participativo, válido para todos, hierarquizado, mantendo um sistema de referência e contra-referência.

“...Acho que poucos países do mundo conseguiram o que o Brasil conseguiu: inserir em sua constituição princípios tão perfeitos como a questão da universalidade, equidade, integralidade e a gratuidade, enfim, mudar a própria definição de saúde...”  
(elo Puxador)

Já nos encontramos no ano 2000, sem, no entanto, ver cumprida a meta estabelecida em Ottawa; ao contrário, hoje temos uma enorme tecnologia ao nosso dispor, mas que contracena com seres humanos morrendo de fome, com outros que sofrem as terríveis conseqüências de guerras intermináveis... E a saúde para todos onde ficou? Nosso país é um exemplo vivo das disparidades existentes. Estamos sofrendo grandes transformações no sistema de saúde; hoje contamos com o SUS e seus princípios, os quais, gradativamente, estão sendo incorporados à prática. Contudo, há muitas pessoas que ficam à margem do sistema de saúde e que esperam em longas filas, não têm acesso à integralidade da assistência; outras, ainda, morrem antes de ver a universalidade e o direito à saúde ser implementado. Olhando o passado, avaliamos o quanto avançamos, mas, também, aonde queremos chegar; para isso, é necessário que todos os profissionais da saúde, população e dirigentes conheçam e se engajem na

construção do sistema proposto e que, sem dúvida, necessita de maior seriedade e comprometimento na condução política do processo, com o que o cumprimento da legislação será, de fato, o guia das ações.

A *Carta de Ottawa* (Brasil, 1996) indica que a promoção da saúde está diretamente vinculada ao processo de capacitação da comunidade, atuando na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, projetando um processo participativo em busca do bem-estar global. A incorporação dos aspectos preventivos, considerados prioritários, mudou a lógica de se pensar a saúde no Brasil. Com isso, aspectos curativos deixaram de ser o centro do sistema de saúde, passando a ser considerados um suporte para os casos necessários; o conceito de saúde passou a ser entendido como o próprio conceito de vida (Barros, 1994).

f) *É gratuito.*

A Constituição Federal de 1988 define conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde no Brasil, que deixa de ser privilégio dos previdenciários para ser interpretada como um direito social e universal derivado da cidadania (Chioro e Scaff, 1999). Legitima-se a saúde como direito de todos, sem qualquer discriminação. A regulamentação do SUS, através da lei 8080/90 e lei 8142/90, assenta-se nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, contemplados de modo a oferecer os serviços de saúde a todos, com as mesmas oportunidades e em todos os níveis (primário, secundário e terciário).

“...é o atendimento gratuito à população”. (elo de Ligação)

“... é a prestação do atendimento sem cobrar, daquilo que é disponível conforme a infra-estrutura”. (elo de Ligação)

“...é um sistema que tem princípios perfeitos como o da gratuidade...” (elo Puxador)

Uma das grandes conquistas do SUS foi a forma como o acesso à saúde passou a ser interpretado: como um direito ao exercício da própria cidadania.

Assim, não é algo mais concedido por algum tipo de sentimento similar à compaixão ou esmola; é, sim, um direito universal ao acesso de forma gratuita, não consiste em favor do prestador da assistência . A prestação dos serviços deve ocorrer de forma integrada e hierarquizada, sendo inconstitucionais cobranças complementares ou de taxas para o acesso a todo e qualquer serviço prestado pelo SUS.

“O SUS deve prestar atendimento à população sem cobrar nenhuma taxa...” (elo de Ligação)

“...garante um atendimento universal para toda população...” (elo A)

O Estado deve garantir condições para o atendimento de todas as pessoas frente a suas necessidades de saúde, o que implica uma rede de serviços do SUS “... com o dever de atender ou encaminhar todas pessoas que necessitarem, sem estabelecer condições ou exigir pagamento”( Barros, 1994, p.33).

*g) O Conselho Municipal de Saúde tem um poder muito grande.*

Na lei 8142/90, em seu artigo 1º, parágrafo 2º, temos a definição de *Conselho de Saúde* como sendo um órgão deliberativo e permanente cujas funções ficam centralizadas na formulação de estratégias, controle e fiscalização da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

“ Quando os conselheiros são dinâmicos e atuantes em seu verdadeiro papel, representando suas entidades, há um poder muito grande, ocorrendo várias articulações.” ( elo Radiante)

Os conselheiros municipais de saúde representam a entidade que os indicou. Para que isso ocorra, é necessária a participação dos conselheiros de forma integrada aos seus representados e integrando-se a política de saúde vigente. Nesse sentido, as CRS têm realizado encontros sistemáticos com o objetivo de preparar os conselheiros para assumirem seu papel.

Em alguns municípios, os conselhos municipais de Saúde são atuantes e cumprem seu papel.

“... havia um secretário muito dinâmico, que mostrava para nós bem o lado da saúde pública, fazendo várias reuniões com a comunidade. Houve uma pequena discussão entre o vice-prefeito e ele (...) Foi a primeira vez que participei de uma paralisação (...) Na verdade, o conselho teve um papel fundamental (...) O pessoal do Conselho Municipal de Saúde organizava a população para que se mobilizasse (...) Pra mim foi uma das experiências mais importantes...” (elo Radiante)

“ ... a secretaria de saúde, por si só, não garante o controle social (...) A constituição legal do Conselho Municipal de Saúde pode garantir a municipalização, mas não garante o controle social...” (elo Puxador)

A representatividade do Conselho Municipal de Saúde está diretamente relacionada a sua composição e ao grau de conscientização dos conselheiros frente ao seu papel. Para que, de fato, o conselho seja representativo e exerça controle social sobre todo sistema municipal de saúde, necessita estar constantemente articulado, discutindo e apontando soluções para os problemas de saúde da população, decidindo sobre os recursos disponíveis, enfim, utilizando o espaço legal para sua participação e envolvimento, sendo co-responsável pelos rumos da saúde de seu município.

Segundo Neto (1994), o papel de um Conselho Municipal de Saúde é atender aos anseios da maioria da população. Nele, a democracia é importante para atinja seus reais objetivos. Por isso, aconselha-se que o gestor municipal não seja eleito como presidente, mas seja seu membro ativo. Isso, por si só, demonstra a democracia na coordenação dos trabalhos do conselho municipal de Saúde.

Barros (1994) reitera o significado de ser representante de um Conselho Municipal de Saúde, o que implica assumir o compromisso de respeito e defesa daqueles que o indicaram e, também, de prestar contas junto a seus representados. Um gestor bem capacitado e preparado para o cargo terá reflexos positivos em todo trabalho desenvolvido na área de saúde de seu município.

### 5.3.2 O lado contraproducente do SUS

Tendo em vista que o SUS é um processo em construção, certamente também ocorrem problemas relacionados com essa fase de implantação. Em seqüência, analisamos os principais aspectos apontados pelos elos como os que necessitam de uma retomada cuidadosa para a obtenção de maior êxito do SUS.

a) *O SUS não é concreto na sua operacionalização.*

Como vimos, o SUS é uma conquista legal, porém há dificuldade em implementá-lo na prática cotidiana do sistema público de saúde, o que se deve ao fato de "... mudar a lógica, segundo a qual o sistema vinha operando, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados das ações de saúde. O SUS não é o que está aí. É o que temos que construir" (Barros, 1994, p.34).

"Enquanto visão do SUS, é uma conquista. Enquanto operacionalização, é colocá-lo realmente em prática". (elo Puxador)

"Percebe-se que as coisas estão começando a mudar..." (Elo A)

Muitos entraves geram insegurança na forma como cada município, dirigentes de saúde e profissionais da saúde conduzem suas ações, sentimento esse que gera descrédito, pois evidencia a incerteza frente a uma nova e desafiadora proposta. Tal desafio também é dirigido a cada profissional, na medida em que tem de proceder a uma reflexão crítica de suas ações, estabelecendo um paralelo com os princípios que regem o SUS. Mas quando as instituições procedem a esse tipo de aprendizado? Que oportunidades a instância municipal oferece aos seus profissionais de saúde para adquirirem maior domínio do SUS ou para refletirem sobre ele de modo a assumirem uma posição firme e não fragilizada?

Pensemos um pouco na população. Se nós, profissionais da saúde, estamos tendo pouco entendimento do que sejam os princípios do SUS, como a população está sendo orientada? Ou não é orientada? Não estaria na hora de termos maior domínio para que passássemos a atuar como educadores em

saúde, não só dos conhecimentos específicos de nossa área, mas, especialmente, da política de saúde que rege todo o nosso fazer dentro de uma instituição pública, que inclui a nossa própria cidadania e da clientela por nós atendida?

Como profissionais vinculados ao SUS, quer em nível ambulatorial, quer em nível hospitalar, necessitamos informar claramente a população sobre as políticas de saúde e o potencial do serviço de saúde, orientando-a sobre sua utilização (Silva, Nietzsche, Cartana, 1998).

*b) É deficitário, não segue seus princípios e é demorado.*

Os princípios básicos do SUS são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. No artigo 198 da Constituição Federal brasileira, em vigor desde 1988, há determinação de que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único “. Porém, na prática, este sistema não está totalmente integrado.

“Identifico todos os princípios mas só em parte de cada um...” (elo Puxador)

“... o SUS avançou até certo ponto...” (Elo TDO)

A regra geral do SUS é apontada pela própria constituição, mas cada município e estado terão de encontrar mecanismos para viabilizá-la. Quanto à população, através da informação de seus direitos, deve ter condições de exigí-los.

A operacionalização dos princípios do SUS se efetivou até o ponto de se ofertarem os serviços, mas com muita dificuldades. Percebemos a limitação físico-estrutural, financeira e de recursos humanos nos municípios; há falta de crédito no SUS pelos próprios funcionários, o que leva a distorções ainda maiores; há falta de vontade política em implementar o SUS e os programas preconizados pelo Ministério de Saúde. A municipalização da saúde, em alguns municípios, ocorreu sem nenhum preparo para assumirem tal responsabilidade, havendo muitos “arranjos” que dificultam o fluxo prático das atividades.

“O SUS deveria ser mais amplo. Eu o acho bem deficitário e demorado para quem não tem outro convênio.” (elo Ovelheiro)

Nessa declaração, vemos que o SUS não é encarado como um “convênio” sério, do que decorrem maiores problemas a quem não tem como recorrer a outra alternativa, caso de grande parte da população.

“ ... eu acho que o SUS melhorou mas ainda tem problemas. Um deles é a resolutividade pequena dos ambulatorios, o que sobrecarrega as unidades mais complexas. Por que tem problemas? Porque todo mundo tem o mesmo direito.” (elo TDO)

Constatamos uma crítica inserida nesse depoimento: o SUS não resolve os problemas de saúde porque é aberto a todos. Se a legislação prevê uma política de saúde universal, todos os segmentos da sociedade deveriam participar na construção desse novo modelo. Porém, deixamos de acreditar no futuro porque estamos muito apegados ao presente; esquecemos que as grandes idéias surgiram de sonhos que, a princípio, eram tidos como impossíveis. A efetivação de um sistema de saúde universal e solidário, com resolutividade, de um sistema de referência e contra-referência também depende da conduta dos profissionais que nele se inserem e do gerenciamento do gestor de saúde de sua esfera competente.

*c) Há profissionais não comprometidos, as ações são desintegradas e as instituições trabalham de modo isolado.*

É evidente a não-aplicação integral dos princípios do SUS no cotidiano dos enfermeiros, da enfermagem e de toda área da saúde, o que se deve a vários fatores, dentre eles: desconhecimento do SUS por parte da maioria dos profissionais da saúde que atuam na saúde pública, e também dos gestores municipais, entraves políticos que fortalecem o interesse de grupos e/ou de pessoas, ausência de unidade dos profissionais de saúde em torno do SUS, entraves burocráticos que dificultam uma estrutura funcional dinâmica e

compatível com o SUS, a passividade e conformismo em relação ao que é público (é insuficiente, não tem recursos, é para pessoas carentes...).

“Falta integração na equipe multidisciplinar – alguns comprometidos e outros não, trabalhando de forma isolada ...” (elo Puxador)

“As enfermeiras têm este princípio (equidade) por natureza porque procuram dar mais atenção a quem necessita mais” (elo Puxador)

Determinados profissionais não estão sintonizados com a qualidade do serviço público, demonstrando uma concepção ultrapassada e que precisa mudar. Cada profissional possui sua bagagem específica de conhecimentos técnico-científicos, que não devem mudar conforme o tipo de convênio pelos quais desempenham suas funções. Se o tempo mínimo desejável para um atendimento é de quinze minutos, por que, nos ambulatórios da rede pública, dura, em média, apenas dois minutos? Sem dúvida, a qualidade do serviço prestado é diretamente proporcional à responsabilidade do profissional. A questão salarial não pode ser justificativa para o desempenho do profissional, pois, quando ele prestou concurso público, as regras já estavam estabelecidas. A ele, enquanto cidadão e profissional, também compete avançar para alcançar melhores condições de trabalho.

A interdisciplinariedade aponta para a integração de várias áreas investindo num problema comum (Silva, Nietzsche, Cartana, 1998), perpassando os meios acadêmicos e profissional. Porém, sua efetivação não é simples visto que os diferentes profissionais habituaram-se a desenvolver suas atividades de forma isolada. Sem dúvida, a resolutividade aumenta à medida que os esforços são integrados, e é impossível continuarmos fragmentando a assistência. A atenção da saúde integral só é possível num enfoque inter/transdisciplinar.

“Muitas vezes, os funcionários têm que fazer o que não podem para atender uma pessoa que é usuária, que tem direito e que não tem condições...” (elo A)

Ainda há muito descaso em relação às prioridades estabelecidas, as quais permanecem no papel e não são praticadas. As gestantes (Programa da Saúde

da Mulher), por exemplo, deveriam ser uma das prioridades em todas as UBSs; no entanto, há muitos entraves para o seu pleno atendimento, desde a falta de estrutura física e de recursos humanos qualificados continuamente até a inexistência de um sistema de referência e contra-referência, tanto em nível ambulatorial quanto no hospitalar.

Existe desarticulação entre o sistema de saúde ambulatorial e o hospitalar, o que provoca dificuldades no encaminhamento dos usuários. Os princípios do SUS em nível hospitalar devem ser vistos tal qual na rede ambulatorial, no entanto parece que apenas em algumas situações isso é lembrado, permitindo-se que o descaso continue acontecendo como algo normal no sistema de saúde vigente.

“ Hospitais são muito resistentes deixando de atuar como referência. Não há integralidade das ações(...) Há uma diferença muito grande entre o que as pessoas pensam da saúde pública e da saúde hospitalar. Pensam as duas áreas de forma estanques, não integradas... A equidade tem se praticado no Pacs, uma vez que é atender a quem mais precisa. Nas UBSs, não porque o atendimento ocorre de forma geral...” (elo Puxador)

A questão da demora no atendimento pelo SUS vem reforçar a opinião pública de que o sistema não funciona. A responsabilidade pela gestão municipal da saúde é do município, e o grande desafio está em utilizar a criatividade para fornecer “... serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis” (Brasil, 1996, p.14). A solidariedade é esquecida e a rigidez da normatização é preponderante sobre a valorização do ser humano.

“...marcar consulta; demora, cirurgias, às vezes, tem que pagar alguma diferença...” (elo Ovelheiro)

Um dos municípios do estudo introduziu cadeiras nas salas de espera para o agendamento de consultas, com o que se diminuíram as filas, evitando que os meios de comunicações continuassem a denunciar a longa e desumana espera por um atendimento. Contudo, o problema não foi resolvido porque a solução não foi definitiva, e, sim, paliativa.

A cobrança indevida, independentemente do tipo do procedimento executado, é totalmente ilegal visto que, na verdade, nesses casos, há uma sobreposição de pagamentos: do sistema público e do usuário. O usuário, então, sempre deve denunciar tais irregularidades ao Ministério Público e ao Procon, que são parceiros na construção da cidadania e na luta pelo SUS. O Ministério Público recebe denúncias frente ao não-cumprimento da lei e o Procon, frente à denúncia de problemas na prestação de serviços (Barros, 1994).

“... é aquela situação: o coitadinho denunciando o doutor. Eles têm medo...” (elo TDO)

“...atendimento gratuito à população mas com qualidade discutível. Por que o médico atua diferente em seu consultório particular?” (elo Cheio de Luz)

“... quando chega o momento de assinar, a população dá pra trás.” (elo Radiante)

Quando o usuário se sente lesado por ter havido negligência no atendimento prestado ou esse ter sido de má qualidade, possui o direito de reclamar pelo fato e obter o retorno desejado. No entanto, sabemos que, muitas vezes, esses procedimentos são interpretados como represália num futuro próximo, o que é compreensível em municípios pequenos, onde todos se conhecem e facilmente é identificado o denunciante. A população tem de ser informada sobre todos os seus direitos, pois, assim, poderá cobrá-los de uma forma mais segura, levando a que os profissionais mudem de postura ou deixem de atender pelo SUS, oportunizando, assim, a outros profissionais fazê-lo.

Há também problemas relacionados com a postura de algumas instituições conveniadas pelo SUS, que pactuam com interesses pessoais de alguns profissionais da saúde em manter este vínculo sem estarem inseridos no espírito deste sistema de saúde.

” Deveria haver uma política nacional que controlasse os municípios, os profissionais que cobram paralelo.” (elo Puxador)

A questão do poder médico ainda é muito evidente. O endeusamento do “doutor”, mesmo não sendo justificado, é o reflexo da sua hegemonia histórica na

área da saúde. Disso decorre o fato de, ao ser prestado atendimento a pessoas carentes, entenderem que já fazem demais por elas pelo pouco que se recebem. Essa concepção precisa mudar, pois a população é contribuinte; portanto, paga seus impostos, colaborando com a prestação dos serviços de saúde. Os profissionais de saúde devem rever sua “afinidade” com o serviço público e considerar que a qualidade de seu atendimento poderá reverter positiva ou negativamente em muitas situações no futuro. Os municípios, juntamente com seus conselhos municipais de Saúde, devem buscar estratégias para aumentar a qualidade dos serviços prestados. Devemos, enfim, demonstrar que o serviço público poderá ter resolutividade, sim, desde que todos se comprometam e façam sua parte.

Atualmente, a concorrência entre os próprios profissionais médicos cresce a cada dia, o que oportuniza ao usuário escolher por quem quer ser atendido. Percebemos, em centros maiores, um cuidado diferenciado porque o mundo do trabalho também está sofrendo modificações constantes e a clientela passa a ser mais exigente.

Sabe-se que o profissional médico é um profissional caro, porém nas UBSs, a grande maioria não funciona, não é resolutivo em suas ações. Devemos considerar as condições de trabalho e a vontade política em querer que o sistema público atue eficientemente de acordo com a política de saúde vigente. Sabe-se também que é impossível uma UBS funcionar sem contar com o profissional médico. Contudo, necessitamos de profissionais médicos com perfil voltado para o SUS e, portanto, comunitário. Percebemos, neste estudo, que o profissional enfermeiro também está muito atrelado a presença do médico. Este fato pode ser comprovado pela demanda reprimida do atendimento médico que poderia ser atendida através de consultas de enfermagem, procedendo aos encaminhamentos que forem necessários.

“ Nós temos médicos que fizeram acordo com a secretária e eles atendem trinta pacientes em menos de uma hora.” (elo Fenomenal)

“ ... tem pacientes que consultam pela manhã e à tarde também porque não teve resolutividade” (elo TDO)

“... eles consultam num ambulatório pela manhã e à tarde em outro...” (elo Fenomenal)

Concordamos com Barros (1994) em sua concepção de que a universalidade prevê uma rede de serviços do SUS com o dever de atender ou encaminhar para o atendimento em unidades especializadas todas as pessoas que necessitarem, sem prévias condições ou pagamentos. Por outro lado, a resolutividade dos problemas básicos deveria ocorrer nas próprias UBS, evitando-se somente encaminhá-los, o que acarreta demanda excessiva nas UBSs especializadas, excluindo aqueles usuários que realmente dela necessitam. As UBSs, com atendimento nas clínicas básicas, devem dispor de condições físicas e materiais, bem como de profissionais comprometidos com o serviço; devem apresentar resoluções aos problemas básicos e somente encaminhar o que for extremamente necessário.

“ Eu acho que a população não usa a medicação corretamente. Suspendem quando os sintomas diminuem e recomeçam a tomá-los quando os sintomas voltam, sem verificar se estão vencidos ou não...” (elo de Ligação)

Percebemos que a informação não chega de forma acessível à população e, quando ocorre, há falhas na interpretação, o que é condenado pelos profissionais da saúde. É a culpabilização da vítima.

O processo educativo é um instrumento básico para veicular informações sobre saúde. Segundo Monticelli (1944), as ações educativas são exigências do próprio papel do enfermeiro, porém, na sua maioria, esses são profissionais conformistas, desconhecedores do contexto social, pouco participativos e cooperativos, que visam tão-somente manter-se na sua posição social. Para o sucesso do processo educativo, torna-se necessário mudar o comportamento de todos os envolvidos – profissionais e clientela - na busca da cidadania possível. Assim, aspectos socioculturais da clientela devem ser considerados e as ações educativas devem ser transformadoras e não domesticadoras.

#### **4.4 Visão dos elos sobre sua formação para atuar em saúde pública**

Os elos, no decorrer do processo de pesquisa convergente-assistencial, manifestaram algumas preocupações com o seu processo de formação, representado pelo curso de graduação em enfermagem e pela educação continuada institucional recebida como enfermeiros . Com base nisso, sinalizaram com algumas sugestões, que sintetizamos no quadro em seqüência.

**Quadro 5** - Visão dos elos relacionada ao curso de graduação, formação institucional e sugestões apontadas

<b>Curso de graduação em enfermagem</b>	<b>Sugestões</b>
a) Ausência inicial de identificação profissional	a) Proporcionar atividades que forneçam visão da profissão, do profissional e da vida acadêmica.
b) Essencialmente hospitalocêntrico.	b) Direcionar a graduação de forma equilibrada entre aspectos curativos e preventivos (aulas práticas, conteúdos afins, vivências...)
c) Limitações da atuação na saúde pública: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não motivou.</li> <li>▪ Muito deficitária; não forneceu condições para atuar ; não enfoca os programas nos quais os elos trabalham.</li> <li>▪ Fora da realidade.</li> <li>▪ Projetos construídos sem diagnóstico da realidade.</li> <li>▪ Não ofereceu vivências no contexto social da clientela e com a burocracia deste setor.</li> </ul>	c) Introduzir as políticas de saúde e discussão dos modelos econômicos como instrumentos básicos dos acadêmicos (tanto na atuação hospitalar como ambulatorial).
	d) Conhecer mais o contexto social associando-o com as condições de saúde da população. e) Possibilitar maior envolvimento com a comunidade. f) Introduzir disciplina que despertasse a criatividade nos acadêmicos. g) Maior concentração e vivência com a burocracia e toda a prática que envolve a saúde pública, nas UBSs (vivenciar a prática). h) Possibilitar tempo para discussão e reflexão
<b>Formação Institucional</b>	<b>Sugestões</b>
- Ausência de preparo. - Tive que buscar por minha própria iniciativa. - Forneceu apoio para cursos e treinamentos, Ofereceu facilidades. - Há muita política partidária. - Há respeito pelos enfermeiros, mas excesso de - Atividades. - Vivência institucional é um aprendizado para trabalhar com frustrações.	a) Introduzir programa para profissionais da área da saúde e manter educação continuada como forma de melhorar a qualidade do desempenho.  b) favorecer a participação dos profissionais da saúde em eventos de sua área de atuação.  c) Manter educação continuada para toda equipe de trabalho.

#### 4.4.1 Na graduação em enfermagem

##### a) *Ausência inicial de identificação profissional*

“... na graduação de enfermagem, o acadêmico entra por uma porta negra sem saber o que tem pela frente.” (elo Brisante)

“... o aluno tem que aprender a gostar da enfermagem ali no início porque o aluno que entra na enfermagem tem que fazer distinção da medicina. Ele tem que ser orientado e valorizar sua opção.” (elo Puxador)

É necessário que o acadêmico, precocemente, tenha uma visão real da enfermagem. Como nem todos alunos que optam pelo curso identificam-se realmente com a profissão, é função da graduação propiciar esses esclarecimentos, porém não devemos esquecer que a grande maioria dos acadêmicos ingressa com um perfil muito diferenciado na atualidade. São acadêmicos entre 16 e 17 anos, cuja característica de imaturidade é relevante até mesmo para a compreensão profissional. Assim, todo o esforço para minimizar imaturas desistências e/ou frustrações futuras é importante.

O distanciamento do início do curso (disciplinas básicas) de sua parte mais específica também tem gerado angústia nos acadêmicos, além da ausência de orientação profissional, do desconhecimento da enfermagem e do enfermeiro em seu mundo de trabalho, da exigência e pouca compreensão das disciplinas do básico. Diante disso, é necessário que se adotem mecanismos para manter a motivação pela enfermagem, permitindo aos acadêmicos maior confiança em sua opção. Eventos que os aproximem a acadêmicos de outros níveis dão novos direcionamentos ao curso e oportunizam trocas de experiências; palestras e oficinas sobre a área de atuação do enfermeiro também são opções que aproximam os acadêmicos de seu futuro profissional.

Esse cuidado também levará o acadêmico a incorporar precocemente a enfermagem, deixando de lado as diferenciações hegemônicas e históricas da área da saúde. A opção pela enfermagem deve ser consciente para evitar frustrações profissionais futuras.

### *b) Enfoque hospitalocêntrico*

Consideramos importante ressaltar que, nesta pesquisa convergente-assistencial, ficou clara a mudança do mundo de trabalho da enfermagem. Esse fato pode ser relacionado à introdução da política de saúde vigente, que vem absorvendo um número crescente de enfermeiros, com o que se pode inferir que o reflexo no curso de graduação em enfermagem é tão lento como está sendo a construção do SUS na prática.

Ficou evidente, na pesquisa, que a graduação em enfermagem dos elos privilegiou o enfoque curativo. Basta ver que alguns tiveram nas UBSs sua primeira experiência profissional em saúde pública e outros optaram por ela após terem atuado numa instituição hospitalar.

“Havia só dois semestres de saúde pública. Acho que o enfoque teria que ser 50% de todo o curso – partes iguais (hospitalar e saúde pública). Saúde pública pode ser trabalhada em todas disciplinas. A saúde da mulher faz isso.” (elo de Ligação)

“No geral, o curso ficou muito a desejar nesta área. Muitos colegas da minha turma trabalham no Pacs, mas este conteúdo nunca foi desenvolvido na saúde pública. A gente não tem esta visão. É certo que o programa é novo mas...” (elo Puxador)

“Nós somos preparados para atuar em nível hospitalar.” (Opinião de todos os elos)

Em primeiro lugar, o ensino na saúde tem-se mantido tradicionalmente voltado para a área hospitalar. Durante as décadas de 1960 e 1970, as especializações precoces durante a graduação impregnaram uma organização dos serviços que atendesse às demandas sociais (paradigma da medicina liberal). Dessa forma, torna-se fácil entender a resistência dos cursos formadores de recursos humanos dessa área em adaptar-se à nova direção que a saúde passou a assumir com a Reforma Sanitária. Nos modelos de prestação de assistência, bem como nos educacionais, percebemos que se evoluiu pouco, apesar de todas alterações legais e, de forma especial, da nova LDB, havendo, ainda, uma

ênfase maior dos cursos de enfermagem no enfoque individual-curativo, o qual tem estreita relação com o modelo biomédico vigente.

A enfermagem, apesar de representar um contingente numeroso, pouco tem influenciado e participado nas decisões na implantação do SUS (Leopardi, Reibnitz, Wendhausen, 1998). Vemos que a própria representatividade da enfermagem como categoria profissional tem pouca expressão na implantação do sistema. Felizmente, porém, nos últimos anos, constatamos que essa representatividade tem aumentado, sendo esses contemplados favoravelmente nos diversos programas instituídos em nível nacional.

Torna-se evidente que uma maior visão do SUS é imprescindível para o corpo docente uma vez que, tanto em nível hospitalar como no ambulatorial, é o sistema de saúde que permeia todas as atividades de enfermagem, bem como da área da saúde. Para os educandos, é necessário que as diretrizes do SUS sejam repassadas de forma integrada aos currículos de todas disciplinas que compõem o curso, enfocando os "...diferentes níveis de atenção à saúde, numa perspectiva da integralidade da assistência" (Carta de Florianópolis, 1999, p.6), inseridos na política de saúde no contexto social das populações.

### *c) Limitação da atuação na saúde pública*

- *Não houve motivação*

"Acho que minha escola não me preparou naquela época. Hoje o curso está voltado mais para área preventiva. Durante o meu curso, eu não senti nenhuma motivação para trabalhar com saúde pública e nem me sentia preparada. Me formei há 11 anos, mudou um monte." (elo A)

Alguns elos manifestaram que, durante a graduação em enfermagem, não foram motivados para atuar em saúde pública, a qual foi uma disciplina que não os entusiasmou, nem lhes forneceu uma visão prática de forma estimulante.

"As aulas eram eminentemente teóricas cuja visão histórica era demasiada grande. Isto não significa que não era importante mas que poderia ser mais objetiva." (elo Puxador)

“ Foram apenas dois semestres de saúde pública (...) Apenas a disciplina de Saúde da Mulher conseguiu proceder a uma inter-relação com saúde pública, tanto na teoria como na prática.” (elo de Ligação)

Atualmente, as Diretrizes Curriculares de Enfermagem apontam para uma concreta interdisciplinariedade curricular, bem como para a melhor distribuição entre o enfoque preventivo e o curativo. A saúde pública poderá permear todas as outras disciplinas, pois ela tem relação direta com as demais através dos programas desenvolvidos; o acadêmico pode, à medida que avança em seu currículo, ser inserido no mundo da saúde pública. Outro fator que explica esse impasse é o fato de os enfermeiros docentes estarem distantes da prestação da assistência atual, não acompanhando todas as transformações que estão sucessivamente ocorrendo.

A motivação para atuação em saúde pública deve vir da própria vivência oferecida aos acadêmicos. Como o curso de graduação em enfermagem tem sido centrado no enfoque curativo, é compreensível que os acadêmicos sintam-se mais bem preparados para atuação nessa área. Bettinelli (1998), referindo-se aos profissionais da UTI, relata que “... historicamente, sempre supervalorizam mais as práticas tecnicistas, os equipamentos sofisticados, fazendo com que a relação humana com o paciente se torne fria...”. Isso pode ser aplicado ao acadêmico, que se vê encantado com toda a tecnologia presente em nível hospitalar, desenvolvendo um sentimento de valorização pessoal por possuir domínio sobre essa. Em contrapartida, na saúde pública, as condições de que dispõe são as tradicionais, com instrumentos da semiologia e da semiotécnica e o contato direto e imediato com a sua clientela. O domínio técnico-científico na prestação dessa assistência não depende da tecnologia, mas da formação como profissional, havendo aí necessidade de uma assistência “... sistematizada, individualizada, solidária...” (Bettinelli, 1998,p.19).

“ Muito deficitária (não forneceu condições para atuar, não enfoca os programas que os enfermeiros trabalham )” (elo TDO)

“...A maior dificuldade foi compatibilizar a teoria e a prática. Quando comecei não conhecia esta realidade” ( elo B)

“Fui tateando, descobrindo qual era a minha função...” (elo Ovelheiro)

Há limitações no preparo dos elos, porém há aqueles que buscam, de todas as formas possíveis, a superação e têm conseguido resultados muito bons.

“Muitos procuram ser autodidatas e vão atrás de estágios voluntários e bibliografias. Outros caem como de pára-quedas e não sabem por onde começar.”

(elo Puxador)

Egry e Querosz (1985) enfatizam que a graduação em enfermagem deve zelar pelo preparo profissional do enfermeiro em suas atividades básicas, com vivências junto a sua clientela abrangendo os três níveis de assistência, para que possam colaborar na melhoria das condições de saúde da população. Reforçam que nenhum curso consegue preparar um profissional “sob medida” para o mundo de trabalho, mas este acabamento final deve ser institucional, através da educação continuada, cuja finalidade é a correta adequação do profissional às funções que irá desenvolver.

No XII Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras (1999), o Plano Nacional de Graduação – um projeto em construção preconiza que a função primordial da graduação é “... qualificação intelectual de natureza suficientemente ampla e abstrata para construir base sólida para aquisição contínua e eficiente de conhecimentos específicos”. A graduação é o patamar inicial e fundamental para direcionar o profissional; quanto ao aprofundamento do conhecimento mais específico, deverá ser adquirido através de cursos de pós-graduação. A instituição que absorve esse profissional também deverá prever sua adaptação e o contínuo aprender através da educação continuada, o que reverterá num desempenho de acordo com as suas peculiaridades.

É preciso rever o enfoque oferecido pelos cursos de enfermagem na área de saúde pública, utilizando meios para que essa realidade seja possibilitada ao acadêmico, permitindo-lhe o domínio dos princípios que regem o SUS e

oportunizando-lhe vivências nesse meio. Ao sair do curso, ele poderá ser responsável por uma UBS; portanto, deve conhecer a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. Contudo, a *Carta de Florianópolis*, que trata do Enquadramento das diretrizes Curriculares, elaborada no 51º Congresso Nacional de Enfermagem (1999), é bem explícita ao se referir que graduação deve se preocupar com "...o núcleo essencial da prática do enfermeiro bacharel-generalista a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso..." .

- *Fora da realidade*

"As universidades têm trabalhado de forma desintegrada da realidade e é tudo muito teórico. O aluno precisa ir além da técnica, precisa teorizar, precisa se encontrar."  
(elo Puxador)

Durante muitos anos, a pedagogia tradicional sufocou grandes sonhos que poderiam ter sido idealizados. Os acadêmicos e estudantes, de modo geral, não eram estimulados a refletir criticamente e, conseqüentemente, a sua participação praticamente era nula. A eles competia reproduzir o que o professor transmitia.

Atualmente, tenta-se mudar a forma de condução do processo de ensino-aprendizagem. Se, por um lado, estimular os acadêmicos a manifestar suas idéias e sentimentos, conduzindo-os a reflexões críticas, torna-os participativos e sujeitos de sua educação, por outro, os docentes passam a ter maior compromisso frente à condução do processo e aos resultados produzidos. Desenvolvendo reflexão crítica os acadêmicos passarão a ter um nível de exigência maior; por conseqüência, os docentes deverão possuir maturidade suficiente para enfrentar essa nova dinâmica. Ambos necessitam *aprender a aprender*, com o que ocorrerá a alternância de momentos entre quem ensina e quem aprende, numa troca mútua. Os docentes, necessariamente, precisarão reconstruir sua prática pedagógica, o que, certamente, culminará numa transição dolorosa, mas gratificante, frente o seu próprio crescimento profissional e de seus educandos.

A grande dificuldade docente está em assumir o desafio do novo, em enfrentar a insegurança e o não acreditar nos resultados. É difícil o desapego aos “nossos” conteúdos, metodologias, *há tanto tempo utilizadas e dando resultados*. Fomos direcionados para ensinar de forma “matemática”, e a maior dificuldade está em buscar subsídios que norteiem esse novo caminhar.

O plano político-pedagógico das escolas de enfermagem deve envolver os enfermeiros da assistência até mesmo na reestruturação curricular. Dessa forma, favorecerá a integração docente-assistencial (IDA), que é um fator importante para o acadêmico uma vez que seu objetivo é “...adequar a formação dos profissionais à reais necessidades da saúde da população (...) promove o aperfeiçoamento dos padrões de assistências das unidades envolvidas... ” (Rodrigues, 1993).

A integração docente-assistencial na enfermagem visa dirimir desencontros entre quem ensina e quem assiste e, ao mesmo tempo, produzir melhorias para ambos. “O ensino e a prática isolada devem ser combatidos e a competitividade entre professores e profissionais esquecida” (Sousa, 1994,p.29).

Ao excluir a visão total e a participação do acadêmico no mundo de trabalho da enfermagem na saúde pública, o curso de enfermagem apresenta falhas na sua condução, tendo em vista que aquela é básica na formação do enfermeiro. Em seqüência, apresentaremos um relacionamento viável entre os princípios do SUS e a formação do acadêmico de enfermagem.

1. *Universalidade*: passa a ser entendida como acesso a toda área básica de atuação do enfermeiro. O acadêmico deve e precisa ter acesso à teoria e à vivência de toda política de saúde vigente. Deve-se evitar a fragmentação do sistema de saúde, oportunizando-lhe ver as limitações que o caracterizam. Como profissional, o sujeito por nós formado irá repassar a visão que a teoria e a prática lhe forneceram. A universalidade é direito irrestrito ao acesso a todas informações sobre a política de saúde vigente, bem como o partilhar de sua vivência.

2. *Integralidade*: é compreendida como o acesso em nível ambulatorial e hospitalar, tanto na área preventiva como curativa. É necessário tornar a rede ambulatorial e hospitalar indissociável, demonstrando na prática a integração entre a área preventiva e a curativa. O êxito do sistema de referência e contra-referência depende dessa adequada integração, portanto torna-se necessário criar mecanismos que possibilitem uma adequada relação. É urgente que a visão e operacionalização da interdisciplinariedade e o trabalho multidisciplinar estejam presentes nos primeiros níveis dos cursos da área da saúde. Assim, os profissionais se acostumarão a trabalhar em equipe, sendo mais produtivos nas funções que desempenharem. Barros (1994, p. 32), comentando a Constituição Brasileira, cita: "... o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais...". Para evidenciar a prevenção sem desprezar a área assistencial, é preciso integrá-las de forma a constituir uma única estrutura disponível às necessidades apresentadas de forma individual ou coletiva.
3. *Eqüidade*: é um dos princípios que permeia os demais e deve estar muito presente durante a graduação de enfermagem. A eqüidade deve ser vista na relação entre os acadêmicos de diferentes cursos da área da saúde, sendo todos considerados importantes e necessários para que "...asseguem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (lei 8080/90, título I, parágrafo 1º). Ela deve permear a convivência entre os acadêmicos, fornecendo-lhes iguais oportunidades. Esse princípio garante "... acesso por necessidades iguais (,,,) Não permite distorções entre um brasileiro e outro, no valor de sua vida. Todos são considerados como patrimônio da sociedade." (Assis, 1996). Sendo conduzido durante seu curso com eqüidade, o acadêmico vivenciará esse princípio, possibilitando sua operacionalização no cotidiano como profissional.
4. *Descentralização*: na graduação, constatamos a descentralização na própria condução das aulas práticas. Como instância de ensino superior, a universidade, com seu reitor e vice-reitores, coordena todos os rumos dos

cursos nela inseridos; nos cursos, a instância local é representada pelo coordenador de curso e, nas disciplinas, pelos seus docentes. Quando o acadêmico atua em aulas práticas ou estágios, é o enfermeiro supervisor que responde tecnicamente por ele. Nesse caso, vemos que o princípio da descentralização acompanha os acadêmicos, significando que "... todos os níveis de governo têm responsabilidades" (Barros, 1994, p.32). A descentralização é muito palpável no que se trata das municipalizações da saúde. Cada esfera de governo (municipal, estadual e federal) tem suas responsabilidades frente à política de saúde, com "... a finalidade de exercer uma maior eficiência administrativa e um maior impacto epidemiológico sobre os problemas de saúde existentes na população brasileira" (Assis, 1966,p.363). Também a descentralização pode ser vista pela própria aplicação teórica na prática, sendo esse um dos entraves apontados pelos elos para fornecer maior vivência no contexto da saúde pública, ou seja, o distanciamento entre teoria e prática.

5. *Participação social*: é um dos importantes instrumentos de trabalho do enfermeiro, que precisa ser orientado e oportunizado aos acadêmicos desde o início de seu curso, através do envolvimento com atividades do diretório acadêmico, na liderança de sua turma, no aprendizado com as divergências apontando para um olhar crítico de sua realidade...

"A questão da participação social até mesmo durante o curso não foi enfocada. E a organização de Conferências Municipais de Saúde? Isto são dificuldades muito grandes." (elo Puxador)

"CMS ? Eu nem sabia o que era isso?" (elo Ovelheiro)

O distanciamento das escolas de sua comunidade tem início no capitalismo, fazendo-se visível na universidade, que "... passou a ser o marco divisório a separar os incultos fazedores daqueles que a ela tiveram oportunidade de aportar, credenciados ao exercício das funções do pensar" (Rezende, 1989, p.144). Isso também se reflete na desarticulação das disciplinas, de tal forma que uma parece nada ter a ver com a outra.

“A epidemiologia deixa muito a desejar porque ela é fundamental para saúde pública bem como a sociologia. Elas são trabalhadas desvinculadas e distantes da realidade na qual iremos atuar”. (elo Puxador)

Rezende (1989 ) aponta para o necessário diagnóstico da realidade, na qual a escola, o campo - das aulas práticas e estágios - e a comunidade estão inseridos, proporcionando vivências das reais potencialidades e necessidades dos envolvidos no processo de formação. A vivência com as necessidades da realidade, com reflexão crítica sobre a mesma, favorece a produção de mudanças salutareas a todos.

*“ Minha formação na graduação não foi adequada porque eu tive que me agarrar na DRS porque eu não sabia nada “. (elo Ovelheiro)*

A formação de uma postura política durante a graduação é importante para o acadêmico por permitir-lhe o entendimento e o diálogo com sua clientela. A manifestação de sua visão crítica, o fornecimento de esclarecimentos e encaminhamentos fazem parte do exercício da própria cidadania, cuja definição operacional, para Pinsky (1998, p.96), “...pode ser qualquer atividade cotidiana que implique a manifestação de uma consciência de pertinência e responsabilidade coletiva”. O autor reforça a idéia de que exigir direitos é parte da cidadania, mas devemos fornecer a contrapartida respeitando os contratos sociais. Cabe aos docentes “... ampliar o debate sobre a questão da cidadania e os limites impostos à sua prática (p.96). É importante que o acadêmico, durante a graduação, perceba-se como parte integrante do coletivo para que ajude a construir uma nação-cidadã.

A democratização do sistema de saúde implicou um “...poder compartilhado entre Estado e sociedade” (Fleury, 1994, p.47). A participação social também é um mecanismo de controle social; logo, o acadêmico de enfermagem deve ser preparado para assumir uma postura política, sabendo posicionar-se profissional e democraticamente. Mais tarde, como enfermeiro coordenador da UBSs, pode e deve orientar sua clientela a fazer uso desse

mecanismo constitucional. Se formado nesse enfoque, tendo experienciado a participação em busca das prioridades estipuladas pela população, certamente terá maior facilidade em acompanhar e esclarecer a clientela por ele assistida.

- Projetos construídos sem um diagnóstico da realidade

“ A parte prática é falha porque os projetos são construídos em cima de uma realidade desconhecida (...) A gente começa aprendendo errado e quando vai trabalhar precisa saber dados e analisá-los (...) em termos práticos, a gente não tem formação”. (elo Puxador)

O serviço público de saúde é um direito de cidadania de todos e deve ser voltado para a defesa da vida individual e coletiva (Assis, 1996,p.369). Uma intervenção deve ser, primeiramente, pensada antes de ser implementada; é um ato que consiste no planejamento, sendo um processo político e técnico concomitantemente (Conil, Marasciulo, 1994). O plano nunca é definitivo, mas deve ser fundamentado em informações epidemiológicas e dos segmentos envolvidos, tais como a população, agentes de saúde, profissionais e conselheiros.

Todo projeto a ser elaborado numa comunidade deve partir das necessidades de sua realidade. Logo,os acadêmicos necessitam manusear e interpretar os dados epidemiológicos disponíveis e manter contato com a comunidade a fim de inserir-se nessa realidade, formando uma concepção prática da dinâmica dos serviços de saúde. A participação do trabalho multidisciplinar na saúde pública permite verificar a ampliação das atividades nas UBSs, que se responsabilizam:

*...pela implementação de forma sistemática e planejada da vigilância em saúde – epidemiológica e sanitária-, desenvolvendo ações de **planejamento**, procedendo à elaboração de diagnósticos de mórbididade-mortalidade; **avaliação** da eficácia dos serviços e dos graus de riscos dos vários agrupamentos sociais; **dirigir e coordenar** ações específicas voltadas para o controle e erradicação de doenças de massa e **dar apoio** a todos que trabalhem o tema da formação de uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a população (Assis, 1996, p. 369).*

Dessa forma, os acadêmicos terão uma visão real da operacionalização do processo de intervenção nos problemas de saúde da comunidade.

- *Não ofereceu vivências no contexto da clientela e com a burocracia deste setor.*

“A gente precisaria no curso de um enfoque mais prático e atual da saúde pública”.  
(elo Fenomenal)

“O estágio de saúde pública foi ótimo, mas restrito a uma indústria e isto não deu base para atuar numa UBS. A maioria dos colegas pensam que a enfermeira que está na UBS só dá palestras em escolas e faz procedimentos de enfermagem. Não é isso! Toda a burocracia é nossa! (...) Eu não sabia o que era uma FAA!” (elo Ovelheiro)

Torna-se necessário oportunizar vivências cotidianas ao acadêmico em torno do mundo da saúde pública, pois, em muitos municípios, é ele o único a dar conta do desenvolvimento das atividades. É preciso que ele tenha uma base sólida promovida pela sua graduação, capaz de fazê-lo aprender a aprender constantemente (XII Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras, 1999).

A forma como a graduação é encaminhada conduz à formação de um sujeito pouco crítico e limitado. Muitas vezes, são-lhe oportunizadas atividades que virão somar ao conhecimento básico fornecido, mas se não houver uma cobrança efetiva, ele não tomará a iniciativa. Após formado, o enfermeiro enfrentará na sua prática algumas dificuldades, como reflexos dessa limitação. O papel do curso é, portanto, oferecer diversidade de oportunidades, mas ao acadêmico cabe, em contrapartida, a participação no que lhe for possível.

“Os profissionais de saúde têm sido formados *enclausurados* (...) Os professores não se arriscam a um novo princípio educativo onde vão ter que assumir a fragilidade de seu saber teórico e estático” (Sousa, 1994,p.29). Portanto, fica evidente que é necessário que nós, docentes, revisemos nossos

ideais e reinventemos nossa prática pedagógica, tornando-a mais coerente com o perfil do enfermeiro que queremos formar.

#### 4.4.2 Na formação institucional

- Ausência de preparo

Detectamos que nenhum tipo de preparo é oferecido pelas instituições a que os elos pertencem, as secretarias municipais de Saúde, as quais não possuem programa de educação continuada. As oportunidades de treinamento são oferecidas apenas pelo Estado através das CRS.

“ A enfermeira tem que saber tudo. É claro que dão condições para trabalhar, mas preparo para assumir responsabilidade técnica, nenhum”. (elo A)

Observamos que não há uma preocupação por parte das instituições que receberam os elos em oferecer um nivelamento admissional e nem programa de educação continuada. Nenhuma das instituições mantém um programa de inserção ao trabalho. Supomos que as instituições esperam que o enfermeiro já esteja devidamente apto para assumir suas atividades em saúde pública. Esquecem-se, no entanto, de que essa parcela de responsabilidade também lhes cabe, pois, se a instituição mantém bom nível de organização e promove período introdutório ao seu funcionário, isso reverte em benefícios para ambos. Conhecendo toda a instituição, o profissional terá clareza do que esperam dele, e a instituição poderá exigir-lhe aquilo que foi devidamente pactuado.

A formação básica do enfermeiro é o foco da graduação, assim como de qualquer outro profissional de nível superior, sendo desenvolvida no sentido de fornecer-lhe suporte elementar para sua atuação; às especializações cabem aprofundar os interesses em suas áreas específicas.

A educação continuada é um mecanismo que muitas instituições têm utilizado para manter seus conhecimentos atualizados, representando “... não um gasto, devido ao seu retorno para a própria instituição” (Silva, Pereira, Benko,

1989, p.5). Podemos compará-la a uma ponte entre aquilo que o indivíduo já conhece ou vivenciou e aquilo que ele precisa saber ou está motivado para aprender. “A educação continuada tem por objetivo responder aos desafios e atividades que resultam em novas formas de ação e de trabalho e atender a contínua necessidade de educação de seus membros desenvolvendo uma consciência crítica (...) Ela pode ocorrer em qualquer espaço capaz de provocar interação social que gera uma situação educativa, é um processo dinâmico e flexível” (Silva, Pereira, Benko, 1989, p.7).

Seria muito valioso a prática da educação continuada nas secretarias municipais de Saúde, pois a adaptação dos funcionários ao serviço se daria com maior segurança, proporcionando-lhes aprofundamento e ampliação de seus conhecimentos como membros atuantes nesse processo. Seria uma excelente oportunidade para retomar a política de saúde vigente e suas implicações práticas, o que garantiria uniformidade institucional das diretrizes gerais e, portanto, favoreceria a autonomia profissional de cada um dos integrantes de seu quadro de servidores.

- Ofereceu facilidades, deu apoio para cursos e treinamentos.

“Forneceu todas as facilidades a exceção do excesso de trabalho. (elo Puxador)“

“Me deu apoio através de pagamento de diárias para participar de cursos e treinamentos. Preparo dela mesma, não houve”. (elo Ovelheiro)

Na realidade, essa não é uma prática comum a todos os elos envolvidos nesta pesquisa convergente-assistencial. Os municípios aproveitam os treinamentos fornecidos pelas CRS para transmitir as normas técnicas e operacionais de cada programa que a Secretaria Estadual de Saúde, fundamentada pelo Ministério de Saúde, tem instituído.

Os elos revelaram dificuldades para participar de encontros quando o município tem de arcar com as despesas. Quando as oportunidades são oferecidas na sede da CRS, torna-se mais fácil porque os municípios dispõem de meios para o deslocamento, não necessitando investir em hospedagem; porém, a

participação em eventos promovidos na capital nem sempre é viável por exigir deslocamento e hospedagem do funcionário. Os trâmites legais para favorecer essa participação são impeditivos pelo tipo de vínculo empregatício do elo com o município.

O excesso de trabalho é apontado pelos elos como impeditivo para outras atividades, na medida em que eles também assumem várias funções além daquelas para as quais foram contratados. Alguns também sentem o reflexo das influências partidárias visto que, às vezes, os próprios treinamentos fornecidos pelas CRSs são mal interpretados pelos gestores municipais. Outro fator a considerar é que os treinamentos e reuniões de serviço promovidos pela CRS ocorrem por setores, de forma segmentada e, não raras vezes, havendo sobreposição de eventos. Isso, para os municípios, é muito negativo porque o mesmo profissional, na maioria das vezes, tem de participar de todas reuniões. As várias atividades que, na CRS, são conduzidas por diferentes pessoas, no município, acabam centralizadas em apenas uma ou duas; assim, quando essas se afastam, o serviço fica sem atendimento.

“ Não houve preparação. Tive que buscar recursos com outros colegas de outros municípios. Não há incentivo por parte da administração, há muita política partidária no local”. (elo de Ligação)

Os elos relatam haver muitas influências político-partidárias no encaminhamento das ações da secretaria municipal de Saúde, a qual é maior quanto menor for o município uma vez que as pessoas se conhecem, podendo ocorrer discriminações partidárias. Os elos não se sentem preparados para se posicionar e lidar com essas situações.

- Há respeito pelo enfermeiro mas também excesso de atividades.

“...Respeitam muito o enfermeiro mas há excesso de atividades” (elo Puxador).

Há um contra-senso na forma como os gestores municipais se relacionam com os elos: por um lado, respeitam seu trabalho; por outro, acabam atribuindo-

lhe mais atividades. Daí que os elos, de modo geral, não ficam restritos àquelas atividades para as quais foram contratados, indo além, o que é bem visível no depoimento de um elo que se assume perfeitamente dentro desse perfil:

“...quanto mais trabalho mais trabalho eu quero...” (elo TDO).

Questionamos as razões pelas quais os elos se envolvem tanto, assumindo todas atividades que lhes são impostas, o que poderia ser objetivo de um novo estudo, pois cremos que se constitui uma realidade geral dos enfermeiros, independentemente da sua área de atuação.

- A vivência institucional é um aprendizado para trabalhar com frustrações.

“...Tenho aprendido a trabalhar com frustrações, falta de recursos, interesses particulares de grupos e entraves políticos. Há barreiras estruturais. Há divergências na equipe de saúde. O que, de fato, é necessário são profissionais comprometidos com o SUS” (elo Puxador).

As frustrações fazem parte da vida; são provações que testam a maturidade profissional. Na graduação, tentamos unir a teoria à prática, mas a vivência contínua no serviço permite uma outra visão. Por mais que a escola oportunize aulas práticas e estágios, bem como os supervisores procurem orientar da melhor forma possível seus acadêmicos, é na vivência profissional que se obtém a noção de todo serviço. A competência profissional é importante, porém ela também exige uma conduta pessoal capaz de cativar e, ao mesmo tempo, de se fazer respeitar pelos demais profissionais que integram a equipe.

As divergências que existem na equipe de saúde apontadas por este elo dizem respeito à postura de alguns profissionais, os quais distorcem os princípios que regem o SUS, ou seja, há falta de conhecimento, de interesse e de comprometimento de alguns. É um grande desafio trabalhar em equipe, especialmente numa equipe ou grupo que tenha o perfil da transdisciplinariedade, entendido como aquele desenvolvido entre diferentes profissionais, que se

auxiliam mutuamente para "... obter informações mais completas de várias dimensões do cliente, a fim de proporcionar assistência adequada" (Trentini, Paim, 1999, p.31).

"A gente trabalha tanto em saúde preventiva, mas o modelo parece que não anda, não muda, continua hospitalocêntrico, médico-assistencialista" (elo TDO).

O SUS é um sistema integrado e, para seu sucesso, os profissionais de saúde devem atuar em equipe e estar inseridos na filosofia e nos princípios que o regem; se trabalharem isolados, há uma remota chance de que possam sensibilizar os demais profissionais. Se todos que atuam numa UBS estiverem envolvidos, os resultados operacionais certamente surgirão.

A educação continuada pode ser uma das soluções viáveis para os recursos humanos que atuam no SUS, apresentando-se como um processo de reorientação e transformação do sistema de saúde e que requer tratamento interdisciplinar (Seminário de Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde, 1993). Porém, há "...dificuldades em constituir mecanismos de qualificação no trabalho e para o trabalho que sejam compatíveis com os princípios do SUS, tanto ao nível de inovação pedagógica necessária, quanto ao plano que decorre da heterogeneidade e extrema insatisfatoriedade dos processos de capacitação escolar anteriores à admissão" (Seminário de Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde, 1993, p.30).

Esse é o reflexo da operacionalização do SUS. Se as pessoas que estão envolvidas com o processo não se comprometerem, com certeza esse sistema ficará obstruído em sua plena construção, o que tem efeito em cascata em nível local, estadual e federal. É necessária, portanto, a integração de todos para o seu sucesso.

"As próprias instituições que contratam enfermeiros têm a visão do enfermeiro tarefeiro." (elo Puxador)

A associação do profissional enfermeiro com a execução de tarefas pode ter várias facetas: de um lado, a evolução história da hegemonia médica na área

da saúde, que reduz o enfermeiro a um mero auxiliar médico, e a falta de reconhecimento profissional como técnico competente capaz de intervir e assistir, eficientemente, sua clientela; de outro, a ausência de um posicionamento mais autônomo do enfermeiro, de forma que possa ocupar seu espaço e ser reconhecido por todos os segmentos da sociedade. O que vemos, em geral, são enfermeiros muito envolvidos com a burocracia, com a organização das atividades do serviço, enfim, com a parte de gerenciamento da unidade. Essa é uma tarefa importante, mas a assistência de enfermagem junto a sua clientela marca definitivamente seu papel. Almeida et al. (1997) afirmam que todas as pesquisas apontam que as atividades administrativas são as mais praticadas pelas enfermeiras.

Percebemos que até mesmo alguns dirigentes municipais, quando não estão envolvidos diretamente com o trabalho dos enfermeiros, referem que esses oneram muito o serviço, não vendo muita diferença entre o trabalho que eles exercem e o dos profissionais de nível médio. Portanto, é um desafio para a categoria e, especialmente, para quem está atuando nas UBSs mostrar toda potencialidade do profissional enfermeiro, atendendo à demanda reprimida, utilizando sua versatilidade e criatividade.

## **4.5 Temas emergentes**

No decorrer do processo educativo-cuidativo, foram surgindo outros temas que se relacionavam entre si, os quais passamos a focar.

### ***4.5.1 Valorização profissional***

Os enfermeiros têm conseguido ascensão profissional na área da saúde e na sociedade, todavia esse é um processo lento, tumultuado por vários limitantes, como a questão salarial. Se compararmos o investimento feito na formação do

enfermeiro, veremos que ele não tem grande retorno financeiro, contudo é um dos campos de trabalho que na atualidade ainda oferece boas perspectivas.

“... se fosse pelo salário provavelmente eu não trabalharia mas a gente trabalha por amor, porque veste a camiseta e se doa por inteiro...” (elo TDO).

Apesar de os enfermeiros apontarem ausência de um retorno financeiro compatível, são poucos os que, de fato, não exercem seu papel em sua plenitude. Esse fato tem marcado o profissional enfermeiro e não denota uma questão de acomodação, e, sim, uma luta no sentido de ocupar seu espaço e mostrar o seu potencial para a sociedade.

“... a gente cai, mas a gente se levanta e fica pronta pra outra .... A questão salarial não impede que você continue trabalhando...” (elo TDO).

Alguns enfermeiros, pela sua postura profissional, depõem contra a própria categoria, o que também pode se dever a deficiências no processo formativo, à falta de educação continuada pela sua instituição, de identificação profissional, de maturidade para opção profissional, de mecanismos eficientes para aconselhamento e acompanhamento quando acadêmicos.

“... realmente tem enfermeiros e enfermeiros ...” (elo TDO).

A valorização profissional é iniciada na graduação porque o acadêmico, desde cedo, tem de se identificar com a profissão, pois, se isso ocorrer, ele será um profissional consciente e defensor de sua opção profissional. No entanto, os cursos de enfermagem também enfrentam algumas barreiras relacionadas com o processo de avaliação.

“... Como vão formar se é reconhecido que ela não tem condições? (...) Porque é perda para nós, pois onde ela for trabalhar passará a imagem do enfermeiro (...) Mas também é problema coletivo porque ela profissional, espelha os outros...” (elo Puxador).

Em vários casos no decorrer do processo educativo da graduação, por mais cuidado que se tenha, há acadêmicos que chegam ao final de seu curso sem o perfil desejado, o que preocupa colegas e a própria categoria profissional. Lançado no mercado de trabalho, no seu dia-a-dia, esse profissional estará representando o curso que o formou e a sua categoria, sendo fácil deduzir que poderá ocorrer a generalização.

O compromisso das escolas de enfermagem é muito grande, de forma que a qualidade deve permear todo o curso e o corpo docente tem de assumir sua responsabilidade frente ao cuidado dos acadêmicos o mais precocemente possível. Esse cuidado reduziria o constrangimento de se tornar um profissional não qualificado, o qual não terá retorno de todos os investimentos feitos; o mundo do trabalho vai fechar-se para ele, com sérios reflexos para a profissão e a própria escola, pois sempre ressaltam-se os pontos negativos sobre os positivos. Cuidando os acadêmicos, portanto, exercemos um cuidado solidário, um cuidado de cidadania a ser por ele também posto em prática.

Lançando profissionais inaptos no mundo de trabalho, esses também estarão comprometendo a cidadania de quem recebe os seus cuidados (usuários). A saúde é “ um direito de todos e dever do Estado” (Constituição Brasileira, 1988). Esse direito à saúde também passa pelo acesso a bons profissionais, permitindo que a população seja bem assistida, o que não é um dever isolado do Estado, mas de toda instituição que forma profissionais da saúde para o mundo do trabalho. No aspecto individual, o enfermeiro que está sendo formado também é de responsabilidade da instituição que o formou. Há instituições já comprometidas em fornecer “certificado de garantia” dessa formação visto que contam com o processo de avaliação institucional e programa de educação continuada implementados. Esses são mecanismos de ajustes dos quais as instituições podem se utilizar, porém são necessárias maturidade e autenticidade de todo corpo docente e discente no que se refere ao processo de avaliação e de sustentação ao que é percebido e explicitado.

Em nossa vivência frente ao processo educativo-cuidativo com acadêmicos da graduação, percebemos que as maiores dificuldades concentram-

se nas primeiras disciplinas profissionalizantes. Muitos acadêmicos não são devidamente acompanhados em suas primeiras vivências; por isso, vão seguindo nos demais níveis do curso. Nem sempre eles aceitam e visualizam a necessidade desse cuidado, interpretando a atitude do professor como algo não compatível com a realidade, o que torna mais difícil a sua orientação. Assim, quando chegam ao final do curso, detectam-se problemas elementares que já deveriam ter sido sanados, porém, como chegaram até ali, mesmo reprovando algumas vezes, acabam sendo lançados no mercado de trabalho. Isso comprova que um dos grandes desafios da educação é incrementar, de fato, o processo de avaliação instituído, no qual a participação do aluno é imprescindível.

“...e eu conhecia uma enfermeira que por acaso tinha se formado comigo. Ele disse que não gostaria que eu fosse igual a ela” (elo Brisante).

Sousa (1994) critica as universidades por continuarem formando trabalhadores para um mercado em constante movimento, mas da mesma forma como se fazia no início do século, ignorando as mudanças ocorridas. Também ressalta o caminho errôneo adotado, aumentando os conteúdos teóricos, mas não a crítica sobre a qualidade desses, a reflexão e a aplicabilidade de tais conteúdos. O reflexo desse tipo de formação estaria retratado nos problemas no cotidiano profissional. Ainda enfatiza a autora que “... a práxis revolucionária é desconhecida por ser este produto de uma universidade conservadora, acrítica e despolitizada” (1994, p.27).

A universidade brasileira é nova e tem problemas apontados por Sousa (1994), porém conta com a responsabilidade das pessoas que a compõem, sendo que o corpo docente de cada curso a assume de forma premente na formação dos seus acadêmicos. Quando o corpo docente não é incentivado a atualizar-se, acaba por se acomodar. Atualmente, com a nova LDB (1996), busca-se “mexer” com essa inércia para que o ensino seja coerente com a realidade, através da avaliação das universidades e dos seus cursos, envolvendo todos os seus segmentos (corpo docente, corpo discente, estrutura física, bibliografia, provão e outros). Forçam-se, assim, as universidades a buscarem qualificar seus docentes

uma vez que a titulação e a produção científica são itens avaliados, tornando-se públicos; com isso, fornece-se ao futuro acadêmico o poder da escolha entre as instituições com melhor desempenho nessa avaliação oficial.

Os cursos de enfermagem devem focar os princípios do SUS no decorrer de seu curso associando-os às diversas disciplinas, não só àquela diretamente relacionada com saúde pública. A valorização do profissional também passa pelo conhecimento da política de saúde vigente.

A questão da valorização profissional está estreitamente vinculada com a graduação do acadêmico de enfermagem. Durante a graduação, vários locais de aulas práticas e estágios lhe são oferecidos, contudo ressaltam-se as diferentes realidades de enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais, o que origina um campo de força não imaginário, mas real que os envolve. A integração dos enfermeiros docentes na assistência e o resgate do cuidado em todos os seus aspectos seriam formas de trazer ao acadêmico uma visão real do seu futuro mundo do trabalho (Sousa, 1994).

#### **4.5.2 Participação social dos enfermeiros**

Como categoria, percebemos que a enfermagem é significativa em número, mas pequena em sua participação social, o que explica as poucas conquistas alcançadas.

“ ... Não temos grandes conquistas porque não nos unimos. Sempre um está apunhalando o outro ...” (elo Puxador)

É desalentador refletir sobre a participação dos enfermeiros como categoria. Rizzoto (1999) reforça o que outros autores já têm discutido a respeito da segmentação da enfermagem e dos enfermeiros, historicamente determinado pela divisão social do trabalho em *nurses* e *ladies-nurses*. Como vimos, o SUS é um processo em construção e, para seu êxito, conta com a participação de todos. Se nós, profissionais enfermeiros, não temos coesão no que queremos e fazemos, se não somos sequer solidários como classe, como poderemos,

efetivamente, participar de forma decisiva de uma proposta tão arrojada, tão humanizadora, tão saudável e cidadã?

E essa situação não é tão diferente das outras categorias de profissionais da área da saúde. Também a medicina, apesar de toda hegemonia histórica, aponta ausência de solidariedade entre si. Torna-se necessário refletir sobre o papel de cada profissional, sobre a relação entre os integrantes da categoria profissional e a relação estabelecida entre essa e a política de saúde vigente.

“...ficou provado que a enfermagem é a classe mais solidária que tem para com os outros “(elo Puxador).

Sabemos que o potencial de liderança e solidariedade que os enfermeiros têm é enorme no exercício de suas atividades profissionais para com os seus clientes. Por que, então, a classe não se utiliza desse potencial para seu crescimento? Quais são as razões que justificam essa falta de sintonia?

Poderíamos citar o fato de a profissão ser nova, mas, em contrapartida, o coerente seria a união entre os enfermeiros para que ocupassem cada vez melhor o seu espaço social. Enquanto “disputam” espaços entre si e com a própria equipe de enfermagem, são os profissionais de nível médio que têm ocupado tais espaços frente a clientela. É preciso amadurecer nas relações, na postura ética, assumindo, de fato, seu papel com profissionalismo.

“...a enfermagem precisa ter líderes incondicionais, comprometidos com a profissão e a categoria (...) temos participantes condicionais, que condicionam sua participação a outros ou a alguma coisa...” (elo Puxador).

A questão da liderança na enfermagem suscita algumas reflexões. O enfermeiro e a enfermagem, de modo geral, trabalham muito com atividades assistenciais, administrativas, educativas, mas pouco com pesquisa. Essa lacuna pode ser explicada pela ausência de reflexão, porque uma pesquisa convergente-assistencial reveste-se de benefícios para a atuação. Isso, contudo, não tem sido praticado pela enfermagem de modo genérico; pelo contrário na maioria das

vezes, a pesquisa foi vista como algo distante, só acessível aos enfermeiros teóricos, ligados à academia.

Hoje, percebemos que a pesquisa é integrante da nossa prática, trazendo sustentação e novos conhecimentos. De modo geral, o fato de os enfermeiros não possuírem tradição crítico-reflexiva, de serem imediatistas na obtenção de resultados, característica essa advinda do próprio processo formativo extremamente técnico em detrimento do social e filosófico, leva à ausência de consciência de classe, daí decorrendo todos os conflitos da atualidade: "... no caso específico da enfermagem, o pragmatismo. Parece que existe uma certa resistência por parte da maioria dos enfermeiros em discutir questões teóricas que não tenham utilidade prática imediata" (Rizzotto, 1999, p.45).

"... por que numa turma de trinta alunos apenas dez destes tornam-se líderes que batalham e os outros vão para um hospital, ganham seu salário e se acomodam? (...)  
Eu acho que na própria formação está faltando alguma coisa" (elo Puxador).

Todo ser humano possui um potencial específico, e a graduação deve "...fortalecer o enfoque humanístico nos currículos, valorizando a interdisciplinaridade e o desenvolvimento teórico crítico dessa profissão" (Rizzotto, 1999, p.46).

Há pessoas mais comprometidas, que assumem de fato sua profissão, e outras que estão nela por acaso. As características individuais de cada pessoa certamente estão diretamente relacionadas a esse potencial, pois as oportunidades e o interesse de cada um também são fatores que colaboram para o crescimento profissional. A graduação deve fornecer subsídios suficientes para oportunizar ao acadêmico o desenvolvimento de habilidades, porém isso está na dependência do interesse manifestado.

"... os enfermeiros formados agora são mais participativos e autênticos em suas idéias e ideais..." ( elo Radiante)

(...) nem minhas próprias professoras passavam isto para gente - "ser batalhadora ..." (elo Radiante)

“... de modo geral os enfermeiros são pouco políticos, pouco participativos nas questões importantes da sociedade” (elo Puxador).

Nesses três depoimentos, parece haver contradição em relação à participação dos enfermeiros, porém são enfoques diferentes. A maioria dos enfermeiros são participativos frente a suas idéias e ideais, contudo possuem pouco manejo político quando da participação mais ampla na própria sociedade. Assim, não há falta de conhecimento, mas, sim, falta argumentação e reflexão crítica para dividir idéias num grupo.

Lima (1993), referindo-se à formação do enfermeiro, fez que “surge, nesta década, a necessidade de aprofundar a competência técnico-científica, agregando a essa, a competência política” (p.20). E sintetiza a amplitude da formação política e também social desse profissional, afirmando ser impossível a ausência de inserção social desse acadêmico e futuro profissional.

- *Quanto à participação dos enfermeiros: posições relevantes*

De modo geral, os enfermeiros têm boa capacidade de organização e domínio técnico na área de saúde pública, tanto que, unidos, são referência para coordenação e assessoria na elaboração de atividades como planos municipais de saúde, porém poucos ocupam cargo de gestor de saúde, mesmo exercendo, de fato, esse papel.

“ ... muitos enfermeiros não são secretários de saúde mas assessoram os secretários em tudo (...) o importante é ter enfermeiros em cargos relevantes que projetem o nome dos enfermeiros. Os enfermeiros são conhecidos como uma classe não inferior mas que fica sempre por trás..” (elo Puxador).

Na prática, de modo geral, vemos poucos enfermeiros preparados politicamente para assumir cargos relevantes, o que pode estar vinculado a própria história da enfermagem, na qual a submissão e a obediência compõe o perfil profissional desejado. Também há relação com a própria condução da educação familiar, com as experiências e vivências, bem como com a formação

acadêmica. A inserção dos enfermeiros na área de saúde pública ampliou sua autonomia profissional, o que o processo formativo nem sempre conseguiu acompanhar. Relacionada a essa problemática está também a questão de gênero.

“ Em saúde pública a gente tem um trabalho muito autônomo (...) é um espaço enorme a ser ocupado e onde você é a enfermeira. No hospital você é mais uma. A valorização aqui é bem maior” (elo A ).

Na saúde pública, há espaços amplos para o desempenho profissional do enfermeiro, os quais precisam ser bem ocupados. Os programas de saúde do Ministério da Saúde têm oportunizado e, de certa forma, privilegiado o profissional enfermeiro.

A respeito, podemos afirmar que essa é uma questão polêmica: de um lado, a abertura para atuação dos enfermeiros na área da saúde pública; de outro, o acesso de pessoal não qualificado à área de enfermagem, que assume o papel intermediário entre a população e os serviços de saúde. Na verdade, estabeleceu-se uma relação compensatória em função do surgimento da figura dos agentes comunitários de saúde. Portanto, os enfermeiros precisam utilizar sua criatividade e integrar esforços para refletir sobre seu cotidiano em saúde pública, pontuando soluções e avanços capazes de superar o que foi apontado pelo elo Puxador:

“... muitos fazem e poucos pensam no que fazem” (elo TDO)

#### **4.5.3 Condições de trabalho**

As condições de trabalho influenciam no desempenho profissional, o qual, contudo, pode também exercer influências sobre o meio.

“ ... chamaram a ambulância do município e quando foram ligar o motor não funcionou( ...) Eu tenho vergonha de andar dentro das ambulâncias (...) Eu vejo dois mundos dentro da mesma secretaria... ” (elo TDO)

Colhemos relatos muito fortes que retratam a contradição como algumas secretarias municipais de Saúde são organizadas. Há municípios que são referência pelo trabalho que realizam, porém apresentam fortes limitações quanto às condições de trabalho. Em certas situações, a infra-estrutura põe em risco todo trabalho da equipe, pois investem no que dá maior relevância e repercussão pública e as medidas básicas são negligenciadas, o que se retrata desde a não-manutenção de ambulâncias, em sua parte mecânica, até a limpeza interna dessas. São essas ações que não requerem grandes investimentos, porém exigem programação e organização, ainda que seja fácil entender os entraves burocráticos existentes no setor público, onde parece mais fácil o processo de aquisição de bens do que a sua manutenção.

Há municípios na CRS que buscam órgãos que fomentam projetos para compra de seus veículos e outros ainda que buscam fontes que os beneficiam de forma gratuita. A disponibilidade de veículos para realização das atividades dos elos é necessária, pois o deslocamento, em muitas situações, é imperativo para o desenvolvimento de suas atividades. Os veículos, no entanto, são utilizados indistintamente para outros serviços, das diferentes secretarias municipais. Muitos elos têm consciência de que deveriam acompanhar seus agentes de saúde, porém ficam limitados para fazê-lo justamente pela dificuldade de meio de transporte.

“...Não adianta ter ambulância se não sabem lidar com as pessoas (...) começaram a puxar sem nenhum cuidado e eu comecei a gritar desesperada ”. (elo TDO)

Outro fator relevante é a falta de educação continuada, de forma a subsidiar o desempenho das atividades com controle de qualidade. As pessoas fazem concursos ou ingressam através de outras formas, entrando no serviço público e assumindo funções para as quais nem sempre estão preparadas, fato que é grave uma vez que compromete a vida de quem está sendo assistido. Os elos podem e devem assumir esse papel educativo até mesmo porque todo cidadão tem o direito de receber informações sobre saúde, entre os quais se encaixam as noções de primeiros socorros.

Outros temas emergiram durante os encontros, tais como: isonomia salarial, falta de comprometimento dos profissionais da saúde com a lógica do SUS, municipalização frente às precárias condições estruturais e funcionais de alguns municípios, papel do gestor municipal como cargo político, cobranças indevidas, ambulanciaterapia, postura profissional do enfermeiro, papel político do enfermeiro, estrutura funcional das secretarias municipais de Saúde, interferências políticas sobre as técnicas, administração do tempo do enfermeiros, relações humanas na enfermagem, autonomia do trabalho do enfermeiro na saúde pública, o fazer e o pensar na enfermagem, a qualidade da formação dos profissionais enfermeiros, relação enfermagem X medicina, limitação e submissão de muitos enfermeiros, dicotomia entre o mundo ideal e o real das secretarias municipais de saúde, entre outros.

Visualizando o mundo do trabalho dos elos e relacionando-os aos princípios do SUS, detectamos algumas incompatibilidades: esses princípios geralmente não são respeitados entre os profissionais da saúde, dos quais poucos têm um domínio básico do que sejam; a população desconhece a saúde como um direito e sujeita-se ao que lhe é imposto; a estrutura básica de alguns municípios é muito precária, e suas ações são usadas para projeção política; a informação não chega até a população, levando em consideração seus aspectos socioculturais; não há sistema de referência e contra-referência instituído; há demanda reprimida por falta de resolutividade no atendimento nas UBSs... Com isso, vemos que a universalidade é relativa uma vez que não se consegue atender a todos; a integralidade fica comprometida por falta de referências estabelecidas previamente no município e fora dele; a descentralização funciona em parte devido à pouca infra-estrutura municipal; a equidade é respeitada em parte uma vez que o acesso facilitado aos serviços não ocorre para todos e a participação social é um caminho que vem sendo descoberto pela comunidade em geral, especialmente pelo CMS.

Foi evidente a dificuldade dos elos para participarem dos encontros, pois há municípios distantes daquele que é sede da CRS, uma das maiores do Rio Grande do Sul, e que tem sob sua responsabilidade 51 municípios, cujas

distâncias médias são de 30 km daquele. Nesse sentido, as visitas feitas por mim foram significativas na revelação dos elos em sua prática, constatando que há diferentes realidades nas quais o perfil do enfermeiro aparece de forma evidente. Isso foi percebido desde a apresentação do ambiente físico até a organização da equipe a ele subordinada.

O conceito de *saúde*, entendido de forma intrínseca ao da própria vida (Barros,1996), leva-nos a acreditar que as ações conjuntas de toda equipe de saúde se destinam a "...assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicas saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis" (Brasil, 1996, p.14). O mundo de trabalho dos elos que atuam em saúde pública normalmente se constitui de locais pequenos para atender à demanda, os quais se encontram em constante processo de construção/reforma.

"... é a terceira vez que vão inaugurar este pronto-atendimento. Foram realizadas algumas reformas, pinturas... mas a obra já havia sido inaugurada e reinaugurada. As placas alusivas estão aí para não deixar dúvidas. Neste ambiente nós continuamos a trabalhar, em meio à sujeira e desorganização porque o serviço não pode parar." (Elo Fenomenal)

No município do elo dessa fala, o local de trabalho, quando visitado, estava em reforma interna, de forma que o ambiente não era nada acolhedor. Nessa nova estrutura física, o município busca alternativa para o atendimento nas clínicas básicas, pois, atualmente, o enfermeiro não reside no local e a UBS funciona somente num horário predeterminado; após, os clientes são encaminhados, em ambulância, para o município de sua referência, cuja distância é de aproximadamente 25 km. Outro fator que nos chamou atenção nesse município foi que a reforma/construção será inaugurada pela terceira vez, o que demonstra o uso político da saúde pública que os dirigentes fazem. Nessa obra, há salas muito pequenas, que não têm uma utilização prática, ambientes sobre os quais o enfermeiro nem ao menos foi consultado. Em contrapartida, percebemos certa passividade do enfermeiro, que deveria discutir as necessidades identificadas e marcar presença com posicionamentos firmes,

ampliando a conquista de seus espaços, emitindo opiniões técnicas, trocando idéias com os demais profissionais.

Naqueles locais em reformas, os profissionais da saúde continuavam trabalhando, apesar do tumulto (sujeira, material encaixotado...). Chamou-nos a atenção o fato de o profissional odontólogo ser único no local e proceder apenas a extrações dentárias, uma conduta muito comum em décadas passadas; até mesmo as crianças recebem esse tipo de atendimento. Ainda, o gestor municipal mantém as “obras” da secretaria municipal de Saúde para a “população carente”, inexistindo a visão de universalidade e o direito de todos à saúde; aliás, o próprio elo desse município supunha ser normal esse enfoque das atividades do SUS. Como ele reconheceu, foi nos nossos encontros que tomou consciência da universalidade do atendimento na política de saúde atual.

Em 80% dos municípios visitados, podemos perceber, de forma clara, que a valorização do profissional enfermeiro é uma realidade. Coincidentemente, nesses municípios, os elos são profissionais autênticos, entendidos como aqueles que assumem posicionamentos técnicos e profissionais muito fortes. Em um deles, o gestor municipal disponibiliza todos os meios para que o trabalho liderado pelo enfermeiro se desenvolva a contento; dessa forma, o elo que lá trabalha é muito ativo junto à comunidade. Tivemos a oportunidade de acompanhá-lo numa visita domiciliar em seu município, juntamente com uma de suas integrantes da equipe do Pacs, quando constatamos que é um profissional muito integrado ao trabalho comunitário; demonstra ser bem perceptivo, apresenta facilidade de comunicação com a população, é disponível e organizado; enfim, é um batalhador, que luta porque acredita ser capaz de modificar a realidade para melhor com esforço conjunto.

No município-sede, o elo é o único que mantém exclusividade para desenvolver as atividades do Pacs, porém é responsável por trinta agentes comunitários de saúde, não conseguindo proceder à supervisão direta desses. Assim, empenha-se em reuni-los com certa freqüência a fim de lhes proporcionar treinamentos e orientações em suas dificuldades; é esse o único elo

que possui uma estrutura física adequada e um secretário para auxiliá-lo na parte burocrática.

Apesar da constatação de existirem várias realidades, todas mantêm em comum os seguintes aspectos:

- os elos são responsáveis pelo Pacs e estão muito envolvidos com a supervisão indireta de seus agentes comunitários de saúde, através de reuniões semanais e pela coleta de informações de moradores de suas microáreas;
- é preocupante a ausência, da maioria dos elos frente a uma supervisão direta dos agentes comunitários de saúde, por parte da maioria dos elos, uma vez que a responsabilidade técnica por esses é do enfermeiro, apesar de eles não serem profissionais da área da enfermagem;
- há poucos elos que atuam de forma direta com a comunidade;
- os elos mantêm contato direto com o gestor municipal; alguns são ouvidos, mas outros nem são consultados;
- os elos mantêm envolvimento direto com a população;
- os municípios dos elos do estudo enfrentam dificuldades financeiras, entraves políticos e de recursos humanos (ausência de estrutura funcional);
- não há uma linguagem e uma prática comum, baseada nos princípios do SUS, entre os profissionais de saúde ;
- muitos problemas existentes são derivados de uma comunicação pouco fluente e eficiente dentro da secretaria municipal de Saúde e fora dela;
- muitos problemas de ordem pessoal dos agentes comunitários de saúde interferem no trabalho desenvolvido no Pacs;
- os enfermeiros são responsáveis pelas UBSs e há muito envolvimento com outras atividades, apesar de o Pacs prever exclusividade para o enfermeiro que nele atuar.

#### 4.5.4 A formação do enfermeiro e as políticas de saúde

A função mais nobre da educação, segundo Sousa (1994, p.24), "... é educar a mente crítica, com apreensão crítica do real, (...), é ver o trabalhador qualificado como sujeito consciente, com domínio crítico do real com capacidade de apreender a própria vida".

Essa direção educacional, na maioria, não tem sido implementada efetivamente no processo formativo geral e, em especial, dos enfermeiros. Conforme Rezende (1989), esses se formam sem capacidade de reflexão crítica sobre o real e desvinculam a teoria da prática, deixando-se cair num ativismo não reflexivo, traduzido por um comportamento de acomodação e inércia.

Sousa (1994) reforça que esses enfermeiros são incapazes de se reconhecerem como trabalhadores e, muito menos, como transformadores de uma realidade concreta. Chama atenção para a fragmentação do ensino teórico e prático, que não transmite ao aluno a idéia de uma práxis na qual se fazem necessários, concomitantemente, domínio intelectual e domínio instrumental, elaborando conhecimentos teóricos e práticos. Os enfermeiros também possuem dificuldades de identificação profissional e não se reconhecem nem se assumem como autônomos.

O desenvolvimento histórico de nosso país, envolvendo todas as nuances sociais, econômicas e políticas, trouxe reflexos que podem ser observados também na área da educação, os quais permanecem influenciando os rumos do processo formativo do enfermeiro, nem sempre permitindo uma lógica coerente entre os mesmos.

Na época do processo de industrialização e da formação das cidades, houve grandes epidemias – malária, varíola, febre amarela e peste - trazidas pelos europeus e escravos africanos. Para combatê-las, o Brasil passou a assumir o controle e a vigilância dos portos e implementou o campanhismo policial de forma impositiva e inquestionável. O objetivo maior dessas medidas foi permitir uma visão adequada e segura aos investidores estrangeiros, independentemente da opinião popular. Em 1920, com a Reforma Carlos Chagas,

criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, que passou exercer as ações normativas e executivas de saúde pública (Giovanini et al., 1995).

A primeira escola de enfermagem no Brasil foi criada pelo decreto federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, atualmente, Escola Alfredo Pinto, pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro. O corpo docente dessa escola era composto por professores médicos, formava “auxiliares de médicos” e seguia os princípios das escolas de Salpetrière, da França. Muitos autores não consideram essa escola como possuidora de características específicas da enfermagem: “...embora já existissem outras iniciativas de profissionalização da enfermagem através de ensino formal, parece haver consenso na historiografia, que aponta o ano de 1922 como marco inicial da Enfermagem Moderna Brasileira” (Rizzotto, 1999, p.11).

Outra tentativa para formação de pessoal voluntário para o trabalho de enfermagem foi direcionada pela Cruz Vermelha, mas ainda empreendida, em sua grande maioria, por profissionais médicos.

O primeiro ensino formal reconhecido de forma unânime entre os autores e verdadeiramente voltado para a enfermagem surgiu com a concretização do projeto de reorganização dos serviços de saúde pública, patrocinado pela Fundação Rockefeller, cuja orientação ficou a cargo de enfermeiras americanas. Esse projeto envolveu negociações entre o governo brasileiro e americano e foi concretizado com a criação da Escola de Enfermagem Ana Néri, em 1922, centrada no modelo nightingaleano, que forneceu um perfil profissional à enfermagem brasileira (Giovanini et al., 1995).

Todo o contexto brasileiro voltava-se para a necessária vinculação com a área de saúde pública, contudo mesmo que a Escola de Enfermagem Ana Néri estivesse voltada para essa área, grande parte de sua estrutura curricular privilegiava a área hospitalar, especialmente no que diz respeito aos estágios.

Essa primeira etapa da institucionalização da enfermagem no Brasil foi marcada acentuadamente pela escola tradicional, enfatizando o conhecimento, a ordem e a disciplina. Isso é perfeitamente compreensível tendo em vista que a

Escola Ana Néri teve seus princípios básicos importados do modelo americano, que seguia as orientações da escola nightingaleana, a cujo conservadorismo cultural a enfermagem brasileira manteve-se atrelada por muitos anos. Assim, toda produção cultural era importada dos americanos e muitos anos se passaram até que enfermeiros brasileiros se lançassem a produzir matérias próprias da enfermagem voltadas para a nossa realidade.

O hospital passou a exercer nova função a partir do século XIX, deixando de ser um lugar destinado à morte e transformando-se num centro de tecnologia para tratamento, cura e pesquisa. Com isso, passou a exigir maior preparo técnico-científico dos cuidadores, sendo importante o surgimento de escolas de enfermagem para suprir a mão-de-obra necessária( Rizzotto, 1999). Em 1926, foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, responsável pela legislação e educação de enfermagem, a qual, atualmente, é representada pela Aben.

Outro fato curioso apontado por Giovanini et al.(1995) é que o Ministério de Educação e Saúde foi criado em 1931, numa tentativa de resolver a problemática educacional, cultural e de saúde da população. Verificamos, dessa forma, que já se fazia uma relação direta entre educação e saúde. Hoje sabemos, comprovadamente, que a educação e a informação são fortes meios para promoção da saúde. A universalidade e a integralidade, princípios de nossa política de saúde vigente, apontam para o direito à informação como um direito à própria cidadania.

Em 1934, ocorreu a Reforma Francisco Campos, bem como a promulgação de uma nova constituição, as quais oportunizaram o surgimento de novas escolas e universidades, mas vincularam a competência privativa da União sobre as diretrizes de educação e saúde nacional. Nessa reforma, estão contidas as normas legais para o ensino e exercício de enfermagem (Giovanini et al., 1995).

Nesse período, as áreas de ensino e saúde pública eram, de fato, exercidas pela enfermagem profissional, ao passo que a área hospitalar era desempenhada por uma enfermagem leiga e serviçal, representada pelas religiosas (Giovanini et al., 1995). Em 1940, a Escola de Enfermagem Ana Néri

passou foi incorporada pela Universidade do Brasil e, em 1949, com o projeto de lei n. 775, passou-se a controlar a expansão das escolas de enfermagem exigindo-se que a formação ocorresse pelos centros universitários, procedendo-se, assim, à reforma do ensino de enfermagem, apesar de manter orientação americana. Nesse mesmo ano, foi legalizado o primeiro currículo para formação do enfermeiro, que perdurou por treze anos.

As transformações na condução do ensino da enfermagem ocorreram de forma lenta e muito apegadas ao modelo americano. Esse novo currículo já enfatizava a realização de estágios em ambulatórios, porém o principal enfoque continuava sendo hospitalocêntrico.

Com a consolidação da industrialização e o paradigma dominante da área curativa, os enfermeiros passaram a centralizar sua força de trabalho no nível hospitalar. Na década de 1950, a atenção médica individual, exigida para manter a produção através da força de trabalho em perfeitas condições de saúde, foi reforçada pela política de saúde médico-hospitalar em detrimento da saúde pública. Em contrapartida, os enfermeiros passaram a ser absorvidos em maior número pelo setor público, ao passo que, no setor privado, prevaleciam os auxiliares e operacionais (Giovanini et al., 1995).

Em 1962, o parecer n. 271 estabeleceu novo currículo para a enfermagem, no qual a saúde pública não estava contemplada como disciplina obrigatória, mas, sim, apenas como uma especialização opcional, vinculada à especificidade da graduação. Ficou reduzida a carga horária para os estágios, sendo indicados indicando apenas 10 % para esse fim. Este currículo permaneceu em vigor por dez anos, privilegiando o ensino especializado e a assistência curativa.

No período de 1964 a 1978, a escola tecnicista estimulou as habilidades, atitudes e conhecimentos específicos a fim de gerar indivíduos competentes, visto que via na aprendizagem uma questão de condicionamento. É a época correspondente à ditadura militar, especialmente até a década de 1970. Em 1968, ocorreu a Reforma Universitária, trazendo uma série de transformações. Na área de enfermagem, surgiram várias escolas, buscando mão-de-obra barata com qualidade duvidosa; também no ensino médio, isso foi observado.

As várias categorias da enfermagem (atendentes, auxiliares e técnicos) e a divisão do trabalho foram sustentadas pelo próprio sistema de formação, que atendeu às necessidades do mercado, mas também reforçou a divisão e fragmentação do trabalho da área (Giovanini et al.,1995). Isso dificultou e ainda dificulta o reconhecimento social do profissional enfermeiro.

Em 1972, o parecer n. 163 e a resolução n.04 dividiram o currículo e indicaram uma habilitação que pode ser optativa (obstetrícia, médico-cirúrgica ou saúde pública); excluíram a disciplina de Saúde Pública do núcleo comum e impuseram um terço de atividades práticas sobre a parte profissionalizante. Somente com as pós-graduações iniciaram-se as produções técnico-científicas. Esse currículo foi mantido por vinte e dois anos, tendo apresentado várias deficiências, especialmente porque mantinha um enfoque desvinculado do contexto social. Nele, investiu-se numa enfermagem centrada no reflexo condicionado, ou seja, no fazer, em que as técnicas de enfermagem tem sua ascensão e são traduzidas como sinônimo de competência. Contudo, houve modernização pedagógica na tentativa de colaborar com o grande desafio da época: *Saúde para todos no ano 2000*.

A década de 1980 foi marcada por forte crise econômica, política e social. O sistema de saúde popularizou-se pelo crescimento populacional e o país enfrentou grande crise financeira, com o que reduziu seus investimentos nessa área. Iniciou-se a luta pela redemocratização. Os reflexos da Conferência de Alma-Ata (1978), com a meta mundial de *Saúde para todos no ano 2000*, fizeram com que a população passasse a exigir melhor atenção à saúde. Em 1986, a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, com grande representatividade dos segmentos da população, impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária, indicando para um Sistema Único de Saúde, concretizado em 1988 com a nova Constituição brasileira.

Nesse período, na área de educação da enfermagem, a escola crítica teve seu início, voltando-se para as necessidades da população. É a pedagogia libertadora, comprometida com a transformação social, baseada na reflexão crítica da realidade e utilizando o diálogo.

Após vinte e dois anos, a portaria 1 721/94 introduziu nova base curricular para a enfermagem, que foi implantada em 1996, buscando uma nova relação entre as escolas e os serviços; ela também excluiu as “falsas” habilitações.

Em 1996, a nova LDB foi editada e vem direcionando, através das Diretrizes Curriculares, o ensino da enfermagem. Com a LDB, o currículo mínimo é extinto gerando insegurança, pois é a primeira vez na educação brasileira que ocorre liberdade curricular. Muitas escolas lançaram propostas inovadoras, porém a maioria aguarda orientações mais definidas.

Vemos que, durante muito tempo, a enfermagem e toda comunidade universitária clamaram por uma maior autonomia. Porém, quando, finalmente, ela chegou, a responsabilidade mostra-se muito grande para as escolas, ocasionando muitas dúvidas e incertezas. As instituições de ensino superior, através de seus cursos, órgãos de classe e demais representatividades da enfermagem, têm mantido coesão em encontros locais, regionais, estaduais e nacionais. Elas buscam, em conjunto, as soluções viáveis para essa nova proposta nacional, bem como as definições em torno das Diretrizes Curriculares.

A adesão a uma pedagogia crítica é o caminho, porém, para alcançá-la, cada curso terá de encontrar a solução mais adequada. É preciso deixar de lado a transmissão do conteúdo e partir para a transformação da nossa realidade, caminho esse árduo, porém prazeroso, pois é participativo. Devemos utilizar o diálogo procedendo à reflexão crítica para que seja possibilitada a descoberta.

A Unesco (Delors, 1998) aponta as quatro aprendizagens necessárias para a educação do próximo milênio, para as quais o processo educativo formal da enfermagem tem-se voltado:

a) *Aprendendo a conhecer*. os conhecimentos elementares são trabalhados com os acadêmicos. Precisamos rever a metodologia, necessária para que educador e educando desfrutem resultados mais favoráveis com muita paixão e alegria. Precisamos estimular o contínuo aprender a aprender, bem como a reflexão crítica do cotidiano e da profissão;

b) *Aprendendo a fazer*: tecnicamente, os cursos levam os acadêmicos a fazer utilizando tecnologias disponíveis. Precisamos rever nossa postura frente aos valores relacionais, investir mais na condução de trabalhos com grupos e qualificar as relações sociais;

c) *Aprendendo a viver*: é o maior desafio para os cursos de enfermagem de modo a tornar os corpos docente e discente satisfeitos com suas opções, utilizando o diálogo como instrumento básico para a descoberta do outro e inibindo qualquer discriminação;

d) *Aprendendo a ser*: é o assumir integralmente a opção pela enfermagem, com autonomia e criatividade, de modo a alcançar a realização profissional; é inserir-se no contexto da clientela para entender sua integralidade.

Comparando o processo educativo atual com os quatro pilares da educação, verificamos que as Diretrizes Curriculares estão se direcionando paralelamente a ele. As escolas de enfermagem poderão implementá-lo, mas de forma gradativa, tentando reconstruir seu fazer pedagógico dentro de uma escola crítica e voltada ao aprender a ser, integrado aos demais pilares da educação.

Ficou evidente nesta pesquisa, quanto ao processo formativo dos enfermeiros, que:

a) os cursos de graduação em enfermagem não estimulam a profissão: a desatenção com os acadêmicos no início do curso produz falsas idéias a respeito do mesmo. É necessário cuidar dos acadêmicos para que façam sua opção convictos do mundo da enfermagem;

b) não há integração efetiva entre a política de saúde e a política educacional: a política de saúde atual é recente, porém foi elaborada sem a participação e o comprometimento das instituições de ensino. Há uma separação evidente entre os órgãos que formulam as políticas de saúde e as instituições que formam os profissionais. Essa situação é agravada pelo fato de, na enfermagem, quem ensina geralmente não estar inserido no mundo do trabalho; portanto, ao aluno são fornecidas duas realidades: a do enfermeiro docente e a do enfermeiro assistencial;

Isso é enfatizado quando nos seguintes relatos: "... nem docentes nem alunos conseguem definições sobre qual a prática devem exercer "(Sousa, 1994,p.29) e "...levam a crer que o enfermeiro, ao concluir o curso de enfermagem, não tem condições adequadas de exercer a profissão por não ter sido para tanto capacitado durante os anos de sua formação profissional" (Lima, 1993, p.2).

c) o enfoque hospitalar – indivíduo/doença/cura – ainda é muito forte. Precisamos oportunizar vivências aos acadêmicos para alcançarmos equidade entre a área curativa e a preventiva;

d) a limitação na área de saúde pública nos cursos de graduação apontada pelo distanciamento entre a teoria e a prática, descontextualizada e sem oferecer vivências efetivas.

Essa é uma realidade na formação geral dos enfermeiros, onde "...os profissionais têm sido formados para alienação e para o descompromisso. Uma nova Universidade, engajada no mundo onde está presente e comprometida, formaria um produto também comprometido" (Sousa,1994,p.27-28). Salientamos que o envolvimento com o contexto social diminuirá o distanciamento da teoria e prática, contudo "...é recente a preocupação em situar a enfermagem como prática social..." (Lima, 1993, p.9)

O comprometimento social dos cursos, bem como de seus docentes, é um exercício real da prática de enfermagem oportunizado aos acadêmicos durante a sua graduação. As vivências efetivas dos serviços e sua integração ao SUS, tanto em nível ambulatorial como no hospitalar, fornecem uma visão abrangente de sua dinâmica.

A escola tradicional ainda está muito impregnada na educação brasileira, realidade que não é diferente no ensino da enfermagem. Todos os docentes, com raras exceções, receberam sua formação acadêmica na graduação, e também nas especializações, dentro de um enfoque tradicional e diretivo. A grande maioria já tomou consciência da necessária mudança na condução pedagógica, porém falta-lhes maior domínio de outras alternativas para o seu fazer

pedagógico. Na enfermagem, muitos docentes não possuem formação pedagógica e assumem a sala de aula passando a reproduzir o que receberam.

Hoje, olhando nosso fazer pedagógico, com certeza, detectamos em vários enfoques o quanto a escola tradicional ainda persiste em nosso meio: pelo distanciamento do contexto social; pelo receio de expor nossos pensamentos, realizações e, por que não, nossos sonhos através de publicações, pois sempre os consideramos de pouca relevância; pelo conteúdo minuciosamente preparado, tentando passar ao nosso acadêmico o máximo que conseguimos dentro de uma carga horária considerada sempre insuficiente; pela “ficha de avaliação dos estagiários”, direcionando a disciplina, a postura e os conhecimentos e habilidades, porque, de outra maneira, nos falta segurança para exercê-la; pelo conduta de passividade estimulada em nosso acadêmico, oprimindo seu crescimento contraditório e político; enfim, pela falta de preparo docente em conduzir situações até então consideradas inoportunas no processo educativo.

Todos os setores evoluíram rapidamente nos últimos anos. A informática provocou uma verdadeira revolução na divulgação de novos conhecimentos. Porém, a educação permaneceu estática, não acompanhando o que se passava a sua volta, apesar de alguns autores já apontarem, de forma incisiva, a necessidade de mudanças.

Acreditamos que a formação profissional com capacidade reflexiva é uma forma de confiar nas potencialidades do ser humano em ser mais e nunca estar acabado, mas em constante construção/adaptação/reconstrução, ou seja, continuamente assumindo uma postura aberta para aprender a aprender. Essa é a ênfase da graduação: dispor ao acadêmico uma base sólida de conhecimentos generalizados na enfermagem, possibilitando-lhe a escolha da área de atuação que melhor lhe convier. Feita a escolha, ele continuará seu processo de ser mais e aprender a aprender através da pós-graduação. A graduação tem de ser entendida como uma base elementar para a iniciação profissional, na qual busca do conhecimento torna-se continuamente necessária. “Na graduação não há exercício de reflexão teórica (...) e isto se perpetua durante sua vida profissional” (Rizzotto, 1999, p.46).

Ao sair da universidade, o acadêmico deve levar consigo o anseio e a alegria da busca . Assim, as instituições que absorvem os novos profissionais devem manter esse estímulo e oportunidade através de programas de educação continuada e outras alternativas fora dessas.

O SUS está em construção e as universidades precisam integrar-se de forma efetiva nesse processo. Os cursos de enfermagem estão em processo de reconstrução de seu fazer pedagógico, necessitando estabelecer vínculos diretos com a política de saúde vigente. É essa a oportunidade para corrigir desvios ainda flagrantes na formação acadêmica do enfermeiro.

#### **4.6 Alternativas sugeridas pelos elos para resolução de problemas e inovações nas suas práticas**

Durante os encontros com o grupo convergente, à medida que as vivências eram relatadas foram sendo desencadeadas discussões, reflexões e críticas acerca dos problemas enfrentados na práxis desses elos. Porém, o grupo também apontava para alternativas capazes de minimizar e/ou resolvê-los.

A seguir serão enfocadas as alternativas sugeridas pelos elos referentes aos princípios do SUS e ao processo formativo, envolvendo a graduação e a formação institucional.

##### **a) Referentes aos princípios do SUS**

Participando desta pesquisa convergente-assistencial, ao longo do processo educativo em grupo e durante as visitas a alguns locais de trabalho, os elos foram apontando alternativas que julgaram viáveis para a superação das dificuldades constatadas, bem como sugeriram inovações para suas práticas, as quais podem ser sintetizadas em:

### 1. *Universalidade*

- Divulgar todas as informações básicas, aproveitando os meios de que dispõe a comunidade (reuniões, associações de moradores, meios de comunicação grupos de idosos, grupo de gestantes, grupo de portadores de doenças crônicas...).
- Promover sistema de avaliação da qualidade do atendimento prestado na UBS.
- Criar mecanismos de esclarecimento e denúncias sem expor o cliente.
- Divulgar visão abrangente da saúde preconizada pelo SUS.

### 2. *Integralidade*

- Ouvir mais a comunidade.
- Envolver os profissionais da saúde na lógica do SUS:
  - proceder a reuniões com reflexões críticas;
  - proporcionar auto-avaliação de cada profissional que atua nas UBSs detectando entraves e apontando soluções;
  - fornecer atendimento compatível com o nível da clientela;
  - orientar de forma clara e precisa;
  - dispor-se a construir um sistema real de saúde.
- Comprometimento dos gestores, conselhos municipais de Saúde e da comunidade de forma a resolver os problemas detectados.

### 3. *Participação social*

- Instrumentalizar os gestores municipais e os conselheiros valorizando as oportunidades oferecidas pela CRS.

- Utilizar todos os meios para informar e educar a população sobre o SUS – agentes comunitários de saúde, meios de comunicação, salas de espera, divulgação do sistema de referência e contra-referência.
- Promover espaços para discussão e reflexão dos princípios do SUS, apontando alternativas entre os profissionais de cada município.
- Proporcionar subsídios para uma postura profissional técnica, política, social e filosófica.

#### *Quanto aos enfermeiros:*

- Proporcionar crescimento como equipe.
- Estimular e despertar a participação dos enfermeiros em assuntos referentes à categoria.
- Estimular a solidariedade e o companheirismo entre os enfermeiros, equipe de enfermagem e equipe de saúde.
- Assumir as atividades que desenvolvem com postura política compatível.

#### *4. Descentralização*

- Trabalhar incansavelmente junto aos conselheiros para que os conselhos municipais de Saúde assumam seu papel ativamente nas políticas de saúde adotadas nos seus respectivos municípios, bem como na sua fiscalização.
- Rever e sacramentar o sistema de referência e contra-referência, tornando-o ágil e resolutivo.
- Avaliar a implantação de serviços básicos nos municípios de pequeno porte.
- Viabilizar consórcios entre os municípios.

#### *5. Eqüidade*

- Criar fluxo de atendimento (rede) que viabilize sanar demandas (integralidade, universalidade, descentralização ).

- Conscientizar profissionais da saúde para um atendimento com equidade.
- Educar a população quanto a seus direitos, e não só quanto a suas necessidades.
- Evitar pactuar com vícios e ser conivente com situações irregulares – denunciar irregularidades.
- A enfermagem pode aproveitar o tempo de menor demanda das UBSs para divulgar informações para a população.
- Incentivar a participação dos municípios em todas atividades promovidas pela CRS.
- Estimular maior participação dos conselheiros e gestores a fim de que se informem e se comprometam mais com assuntos relacionados à saúde de seu município.

#### 6. *Valorização profissional*

- Investir na qualificação e atualização profissional ( universidades, instituições, profissionais...).
- Criar mecanismos, a partir deste estudo, para congregar enfermeiros que atuam em saúde pública, buscando refletir e propor alternativas sobre sua práxis.
- Estimular a valorização profissional desde o início da graduação.

#### *h) Referente ao processo formativo*

Os elos apontaram várias sugestões frente ao seu processo formativo, de modo a amenizar as dificuldades dele surgidas, demonstrando coerência e maturidade e, acima de tudo, uma grande motivação em colaborar, através de suas vivências, na transformação da formação de seus futuros colegas.

- *Graduação em enfermagem*

- a) Direcionar a graduação de forma equilibrada entre aspectos curativos e preventivos (aulas práticas, conteúdos afins, vivências...).
- b) Introduzir as políticas de saúde e discussão dos modelos econômicos como instrumentos básicos dos acadêmicos (tanto na atuação hospitalar como na ambulatorial).
- c) Conhecer mais o contexto social, associando-o com as condições de saúde da população.
- d) Possibilitar maior envolvimento com a comunidade.
- e) Maior concentração e vivência com a burocracia e toda a prática que envolve a saúde pública nas UBSs (vivenciar a prática).
- f) Possibilitar tempo para discussão e reflexão.
- g) Criar espaços na graduação para desenvolver o hábito da reflexão crítica sobre o mundo da enfermagem e da saúde.
- h) Mostrar, no início do curso, de forma clara, a real visão da enfermagem e o papel do enfermeiro.
- i) Direcionar o preparo dos acadêmicos de forma equilibrada a para atuação em saúde pública e para atuação em nível hospitalar.
- j) Desenvolver disciplina que instrumentalize o uso da criatividade nas diferentes realidades.
- k) Inserir a saúde pública nas demais disciplinas no decorrer do curso, promovendo, de fato, a interdisciplinariedade.
- l) Proporcionar enfoque preventivo desde o início das disciplinas práticas específicas da área, utilizando as UBSs como campo dessa prática.
- m) Estreitar o relacionamento profissional entre os enfermeiros docentes e os assistenciais.

- *Formação institucional*

- a) Instituir programa introdutório para os profissionais da área da saúde e manter educação continuada como forma de melhorar a atualização e a qualidade do desempenho dos enfermeiros e dos demais profissionais da saúde, bem como situá-los na política de saúde vigente.
- b) Favorecer a participação dos profissionais da área de saúde em eventos de sua área de atuação.
- c) Manter educação continuada para todos os membros da equipe.

Com base nos resultados obtidos nesta dissertação e em sua análise, podemos verificar que há falta de sincronia entre o ensino e a política de saúde vigente. Evidencia-se o distanciamento dos enfermeiros docentes dos que assistem, enfatizando, como Lima (1993) salienta, duas realidades distintas nas quais os acadêmicos se vêem “soltos”. Verifica-se ausência de inter/transdisciplinariedade na graduação, mostrando-se a saúde pública de forma não integrada ao contexto de atuação das disciplinas específicas. Os enfermeiros deste estudo sentem-se despreparados para atuar na saúde pública, especialmente no que se refere ao domínio da política de saúde vigente e sua operacionalização.

## REFLEXÕES FINAIS

Ao propor este trabalho, muitas eram as dúvidas sobre a direção que ele tomaria. A principal delas relacionava-se com o grupo convergente uma vez que o processo educativo-cuidativo proposto foi baseado em alguns princípios da pedagogia libertadora. Estando muito atrelada à pedagogia tradicional e pouco acreditando numa condição diferenciada, além daquela efetivamente vivenciada, sentia-me insegura e acreditava que o grupo, por si só, não chegaria aos objetivos propostos.

Hoje, olho para trás e verifico, com muita satisfação, meu grande equívoco. Vivenciei a liberação do potencial inerente de cada componente do grupo, acompanhei o desabrochar do grupo a cada encontro; me entusiasmei com suas vivências e reflexões; me deixei contaminar com sua vontade em *ser mais*, descobrindo o significado de integrar um grupo, assumindo a identidade do grupo. Percebi, na prática, como se aprende a conhecer, a fazer, a viver e a ser de forma coletiva. Senti o que é aprender com paixão, como salientam Grossi e Bordin (1992) ao dizerem que o ensinar e aprender necessitam ser movidos pelo desejo e a paixão.

A condução do grupo foi outra barreira pressuposta: antes, os seus componentes tinham sido, em sua maioria, meus alunos; naquele momento, eram todos colegas. Por isso, parecia-me difícil assumir o papel de facilitador sem deixar de lado a velha e conhecida postura diretiva (que, por algumas vezes, insistiu em “escorregar” dentro da nova proposta). Outro ledor engano. Não era eu quem tinha de me preocupar com a sua condução, pois o grupo foi capaz de conduzir-se com muita autenticidade e criatividade. Hoje, após este estudo, vejo

que "...um grupo se constrói enfrentando o medo que o diferente, o novo provoca, educando o risco de ousar" (Freire, 1992, p.65).

Este trabalho educativo-cuidativo em grupo proporcionou-nos um compartilhar de vivências, visto que a participação de todos auxiliou a construir nossas reflexões, críticas e sugestões. Cada um foi importante e, através do diálogo, abriu-se relatando e dividindo suas vivências com o grupo para, após a reflexão crítica do tema, fechar-se formando como uma corrente e assumindo, assim, o posicionamento não de si mesmo, mas do grupo.

Munari e Rodrigues (1997) alertam sobre a ausência de preparo no manejo de grupos, na formação dos enfermeiros, quanto à sua dinâmica interna, suas variáveis e técnicas de condução. Enfatizam a necessidade de a graduação prepará-los adequadamente tendo em vista que a maioria de suas atividades são desenvolvidas dessa forma, no coletivo. .

Os princípios da pedagogia libertadora ou problematizadora utilizados envolveram o diálogo como principal instrumento pedagógico (Gadotti, 1985); a reflexão crítica, por meio da qual o homem torna-se sujeito e não objeto da educação e é capaz de transformar sua realidade, e as vivências de cada integrante relacionadas aos princípios do SUS. Nesse processo educativo-cuidativo, percebemos a diferença entre *transmitir* através da pedagogia tradicional e *transformar*, dentro da pedagogia crítica, como afirma Paulo Freire (1979) citando que a adaptação é sinônimo de acomodação, não é uma real transformação.

Outra grande vantagem de trabalharmos em grupo é a rápida e abrangente forma de atingir um maior número de pessoas, uma vez que cada componente repassa as principais discussões e conclusões aos seus pares. "Vida de grupo dá muito trabalho e muito prazer. Porque eu não construo nada sozinho, tropeço a cada instante com os limites do outro e os meus próprios, na construção da vida, do conhecimento, da nossa história" (Freire, 1992, p.68).

Percebi o quanto estamos perdendo no processo de formação dos enfermeiros por não termos a coragem de mudar nossa prática pedagógica, pelo medo de expor nossas fraquezas, de recomeçar... Custa-nos acreditar na potencialidade do ser humano e oportunizar-lhe o exercício da reflexão. Continuamos impregnados do modelo repetitivo de nossos antepassados mesmo vivendo num mundo de constantes e rápidas mudanças. Estamos muito apegados à quantidade dos conteúdos a transmitir aos nossos alunos, acreditando ser esse o melhor tesouro profissional que podemos lhes oferecer, porém esquecemos a sua participação nessa relação. Reproduzimos o que recebemos e a resistência pela mudança frente ao desconhecido é muito grande. “Os professores não se arriscam a um novo princípio educativo onde vão ter que assumir a fragilidade de seu saber teórico e estático” (Sousa, 1994, p.29).

É chegada a hora de equilibrarmos quantidade e qualidade. Precisamos nos situar dentro da proposta da nova LDB e das Diretrizes Curriculares para a Enfermagem, nas quais fica evidente a necessidade de formação de um enfermeiro generalista com bases sólidas para o contínuo aprender a aprender, permeada por uma metodologia pedagógica capaz de, pela reflexão, induzir à consciência crítica. Como afirma Freire (1979), esta busca é interminável, pois entende a educação como uma resposta momentânea, que, para este momento, tem caráter finito, mas dentro de uma amplitude infinita.

O marco conceitual, utilizando alguns princípios da pedagogia libertadora e os princípios do SUS, possibilitou a condução do processo educativo-cuidativo de forma coerente; ambos estimularam a participação e o diálogo, permitindo que fluísse a cidadania dos componentes do grupo. De um lado, foi importante a oportunidade que o grupo teve de desenvolver reflexões sobre sua práxis relacionando-a aos princípios norteadores do SUS; de outro, parece haver predominância da ausência dessa prática no processo educativo dos enfermeiros, tanto na graduação como na educação continuada em suas instituições.

“Foi importante o crescimento coletivo, o fato de termos conseguido construir este espaço (...) Fica realmente a questão da transcendência do aspecto técnico para uma área mais reflexiva e política”. (elo Puxador)

“... por incrível que pareça, eu não tinha muito destas informações. Principalmente o enfoque de saúde como direito de todos (...) No meu município a gente dá a maior atenção para cadastrar os carentes...”. (elo Fenomenal)

O marco conceitual, através de seus conceitos inter-relacionados, foi constatado na prática. Os princípios do SUS também se encontram entrelaçados numa íntima relação, ficando difícil focalizar um sem envolver os demais. O processo educativo é o pano de fundo de todo o processo, pois aparece como graduação e tem sua continuidade através da educação continuada. Neste estudo, ficou evidente que os princípios do SUS são sentidos como importantes, mas os enfermeiros os visualizam na sua prática de forma parcial. Portanto, transparece a necessidade do acesso a informações sobre o SUS, tanto por parte dos profissionais da saúde quanto da população em geral.

A concepção que os enfermeiros possuem do SUS apresenta duas facetas: teoricamente, ele é visto como o melhor sistema de saúde que nosso país já teve – é democrático, participativo, universal, prevê um fluxo de serviços interligados que faz fluir normalmente os encaminhamentos; na prática, é uma conquista legal, mas não operacional, pois seus princípios são observados de acordo com as prioridades e disponibilidades econômicas dos municípios e a vontade política dos gestores municipais e estaduais, dos profissionais e da participação da população. Contudo, experiências demonstram que, onde o SUS foi implantado para valer, os resultados “...são inquestionáveis. Bastaria por em prática as diretrizes do SUS” (Chioro, Scaff, 1999).

O SUS, concebido em duas dimensões, a teórica e a prática, pode ser comparado ao processo educativo que ocorre especialmente na graduação dos enfermeiros, visto que há semelhanças muito fortes entre ambos: enquanto a graduação procura passar para o acadêmico a visão da escola, idealista e fantasiosa do papel do enfermeiro (Lima, 1993), baseada na teoria e com poucas

vivências na prática, na assistência, o mundo de trabalho do enfermeiro está centrado em atividades administrativas, nos quais nem sempre a teoria pode ser integralmente aplicada. Surge, assim, o distanciamento entre as palavras e as ações (Sousa, 1994); entre o fazer e o pensar. “A escola e seus professores têm valores diferentes dos valores dos enfermeiros e da prática profissional, mostrando a existência de duas realidades diferentes, a do ensino e a da prática” (Lima, 1993, p.64). Portanto, tanto no SUS como na formação do enfermeiro (graduação), a teoria não está imbricada com a prática.

Podemos perceber que o SUS é uma política de saúde recente, que apresenta tal dicotomia por ser um processo em construção; já, no processo formativo, é uma situação que se perpetua. Há o distanciamento de quem ensina daquele que assiste; também uma “neutralidade” das escolas frente aos campos de aulas práticas e estágios, bem como desses para com as escolas. Esse é um desafio para as escolas e seus campos: encontrar a sintonia, de forma que um possa colaborar com o outro, participativamente e sem segmentação.

Os enfermeiros apresentam desconhecimento a respeito da política de saúde de nosso país, não lhes sendo oportunizados momentos de discussão e reflexão; o conteúdo é transmitido de forma teórica, sem relação com a prática. A conscientização da existência dos princípios do SUS e suas implicações é indispensável tanto em nível ambulatorial como no hospitalar. É esse o sistema que norteia todas as atividades de saúde da população, embora facilmente seja associado apenas à rede ambulatorial. O projeto político-pedagógico de educação para a enfermagem brasileira (51º Congresso Nacional de Enfermagem - *Carta de Florianópolis*, 1999), no que tange ao seu perfil, indica que deve “...compreender a política de saúde...”.

O enfoque da graduação na enfermagem, pois, deve ser urgentemente revisto, procurando-se atender às disposições legais que se referem à formação do enfermeiro, preparando-o para atuar tanto em nível hospitalar como no ambulatorial. Nesse processo, a interdisciplinaridade é fundamental não só entre as disciplinas como entre a teoria e a prática. Atualmente, utiliza-se também o

termo *transdisciplinariedade* (Trentini, Paim, 1999) porque a relação entre os profissionais e/ou suas disciplinas deve ser compartilhada.

A enfermagem não integra em sua equipe os agentes comunitários de saúde, no entanto os enfermeiros são responsáveis por seus atos e não conseguem prestar um acompanhamento direto a suas atividades. Ao mesmo tempo que os atendentes foram promovidos a auxiliares de enfermagem, mediante curso de qualificação correspondente, percebe-se forte tendência para promoção desses a técnicos de enfermagem, surgindo a figura dos agentes comunitários de saúde atrelados aos enfermeiros. A proposta de atividades dos últimos não envolveria procedimentos de enfermagem, mas há fortes indicativos de que as comunidades, especialmente as rurais, onde eles atuam, esperam muito desses, pressionando e fazendo com que “aprendam” atividades que são inerentes à enfermagem. As atividades de promoção de saúde, quando conduzidas de forma incorreta, podem ocasionar danos à saúde da comunidade; portanto, é necessário que os enfermeiros acompanhem diretamente esses agentes. Verificamos que os enfermeiros estão se envolvendo muito mais com atividades administrativas do que com as assistenciais e, nas UBSs, ficam muito dependentes da atividade médica, negligenciando na conquista de espaços autônomos para o seu desempenho. Os enfermeiros precisam encontrar meios para se fixarem mais nas atividades assistenciais, assumindo a função primordial de sua profissão e apoiando as demais funções que lhe são pertinentes.

Os profissionais de saúde assumem uma parcela importante na condução da construção do SUS; por isso, a ausência de conhecimentos básicos sobre esse leva a distorções, e a falta de engajamento desses profissionais é fonte de estagnação e retrocesso no processo. Também a graduação dos cursos da área de saúde deve trabalhar e refletir criticamente sobre o SUS, visão que será decisiva na postura e conduta dos futuros profissionais. Por sua vez, as instituições que recebem os enfermeiros devem proporcionar continuidade ao seu aprender, visto que o conhecimento das políticas de saúde possibilita aos profissionais da saúde um engajamento maior em defesa da sua própria cidadania e de sua clientela.

É de extrema importância o domínio da política de saúde pelos enfermeiros e por toda a equipe multiprofissional de saúde. O SUS é a linha-mestra que orienta todos os profissionais de saúde, de modo que conhecer e refletir sobre o ele não é atividade apenas para os políticos. Precisamos, como enfermeiros, assumir nosso papel, pois esse domínio faz parte de nossa cidadania profissional, da qual dependem os nossos usuários para que possam desfrutar seu direito à saúde.

A pesquisa convergente-assistencial proporcionou a união da teoria com a prática e a pesquisa, de forma simultânea, no cotidiano do processo educativo. A prática assistencial foi rica fonte de informações para a pesquisa convergente-assistencial, tendo ocorrido de forma espontânea e concomitante, sem uma interferir na outra, porém intimamente imbricadas. O processo educativo-cuidativo permitiu que os dados fossem obtidos através da gravação dos encontros com sua posterior transcrição, bem como através de sínteses elaboradas por componentes do grupo.

Qualquer programa pedagógico de educação continuada pode ser fonte de pesquisa convergente-assistencial, tornando possível unir a esse tipo de pesquisa toda e qualquer prática de enfermagem. Essa prática pode ser apontada como a solução para a transcendência da enfermagem, ultrapassando seu aspecto técnico, buscando fundamentação teórica, reflexões críticas e o surgimento de novas propostas de modo a elevar, como afirma Paulo Freire (1979), a consciência ingênua para uma consciência profissional crítica. Certamente, essa é uma forma apontada ao alcance de todos enfermeiros, capaz de resgatar a pesquisa na enfermagem.

Ficou evidente, neste grupo de enfermeiros, a auto-imagem positiva que possuem, os quais se sentem com maior autonomia para o desenvolvimento de suas atribuições na área de saúde pública. Porém, percebe-se que alguns têm uma postura ingênua ao julgar que dominam todo conhecimento da sua área de atuação, esquecendo-se de que o conhecimento é infinito e de que o aprender-aprender faz parte de seu busca.

De outro lado, as discussões e reflexões desenvolvidas no grupo apontam para a inexpressiva participação social dos enfermeiros, ausência de preparo político para conduzir determinadas situações e ausência do hábito de reflexão sobre sua prática; é marcante neles o fazer em detrimento do pensar. A implementação da pesquisa convergente-assistencial pode ser indicada como um meio para minimizar a distância entre a teoria e a prática.

O grupo convergente apontou diversas alternativas para solucionar os problemas detectados, como a divulgação de informações sobre os princípios do SUS; o estabelecimento de uma relação menos diretiva com a comunidade, aprendendo a ouvi-la; a criação de mecanismos de reflexão sobre o seu fazer na UBS e sua relação com os princípios do SUS e os demais integrantes da equipe de saúde; o estabelecimento de ambiente de trabalho mais solidário e criativo para os profissionais de saúde e os usuários e a criação de mecanismos para congregar enfermeiros que atuam em saúde pública de forma a propor constante revisão e sugestões sobre a práxis.

Enfim, necessitamos que a formação dos enfermeiros seja direcionada para a realidade, não para um mundo de trabalho específico; ela deve acompanhar e se integrar às rápidas mudanças que cotidianamente ocorrem. É preciso formar profissionais comprometidos com a profissão através da inserção social em vivências críticas e reflexivas durante sua vida acadêmica. Essa formação deve estar intimamente ligada à política de saúde vigente para que o próprio curso possa seguir os seus princípios norteadores, procedendo a um verdadeiro exercício da cidadania profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. P.; ROCHA, S. M.(Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALVES, Rubens A. Educação e Prazer. **Dois Pontos**, v. II, n. 16, p.131-136, jul./ago. 1997.
- AMADOR, Maria Virtuosa Pereira. **Educação em enfermagem**: uma análise etnográfica da colaboração serviços/escolas nos estágios clínicos. São Paulo, 1991. Tese (Doutorado)-Pós-Graduação em Enfermagem, USP.
- ASSIS, M. M. A. O fazer da enfermagem no sistema local de saúde: individual ou coletivo? **Revista Brasileira de enfermagem**, v.49, n.3, p.363-372, jul./set. 1996.
- BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Ministério da Saúde ( Brasil ). Brasília: IEC, 1994.
- BARROS, Stella M. P. F.; SILVA, Nair F. da. Brasil – Sistemas Locais de Saúde-Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 43, p. 126-130, dez./jan. 1990.
- BETTINELLI, Luiz Antonio. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Pe. Berthier, 1998.
- BRASIL. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. Resolução nº 04/72, estabelece o currículo mínimo para o Curso de Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1972.

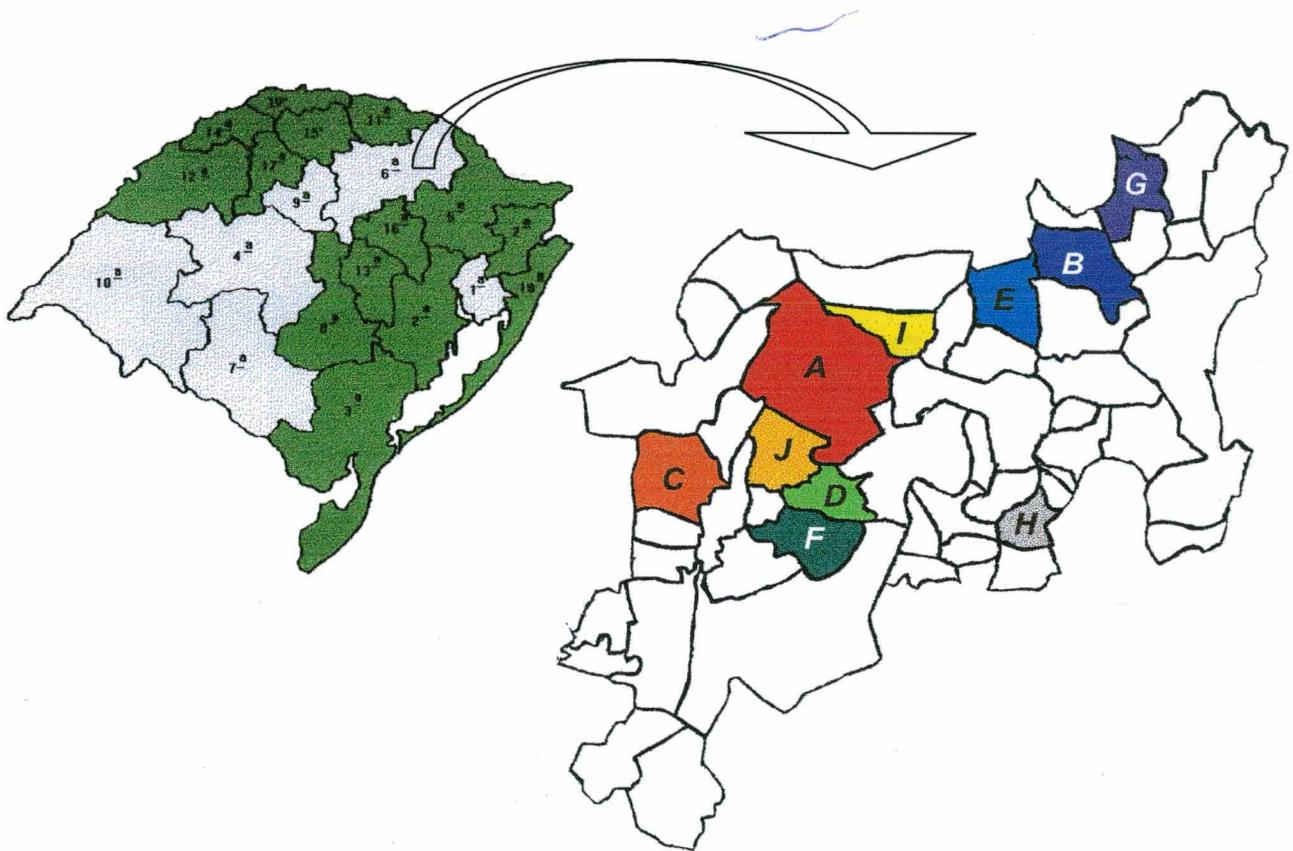
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura (MEC). Portaria nº 1.721, estabelece currículo mínimo para os cursos superiores. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 dezembro de 1994.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura ( MEC ). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394/96*. Estabelece as Novas Leis de Diretrizes e Bases para o Ensino no Brasil. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil ], Brasília, 20 dez.1996.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Lei 8 080, 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 dá outras providências. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 set.1990.1999. Informação por correio eletrônico: <http://www.ultranet.com.br./rmaia/sus.htm>
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CHIANCA, Tânia Couto Machado. O Sistema Único de Saúde: a proposta de viabilização e a inserção da enfermagem. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 44, p. 48-54f, set. 1994.
- CHIORO, Artur, SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. 1999. Informação por correio eletrônico: <http://www.consaude.com.br/sus.htm>
- COELHO, Elza B. S., WESTRUPP, Maria Helena B., VERDI, Marta. **Da Velha à Nova República: a evolução das políticas de saúde no Brasil**. Florianópolis: Espensul, s.d.
- CONIL, E. M.; MARACIULO, A. C. E. Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento e gerência dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Ministério da Saúde (Brasil). Brasília: IEC, 1994.
- CUNHA, M.I.; FERNANDES, C.M.B. Formação continuada de professores universitários: uma experiência na perspectiva da produção do conhecimento. **Educação Brasileira**. Brasília, v.16, n.32, p.189-213, 1994.
- CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 51., 1999, Florianópolis. **Reunião Nacional dos Cursos e Escolas de Graduação em Enfermagem – Carta de Florianópolis**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.
- DALLARI, Sueli G. A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: texto técnicos para conselheiro de saúde**. Brasília: IEC, 1994.

- DELORS, Jaques. **Educação um tesouro a descobrir**: relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: MEC: Unesco, 1998.
- DEMO, Pedro. **Educar pela pesquisa**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1996.
- EGRY, E. Y.; QUEIROS, V.M. Proposta para o ensino de enfermagem de saúde pública à nível de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 121-126, 1985.
- FLEURY, Sônia. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.43, p.44-52, jun.1994.
- FREIRE, Madalena. O que é um grupo? In: GROSSI, E. P., BORDIN, J. (Orgs.). **Paixão de aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.
- FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.
- \_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 20. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.
- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS – XII Forgrad - **Plano Nacional de graduação**: um projeto em construção. Bahia, maio, 1999.
- GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1989.
- GADOTTI, Moacir. **Pensamento pedagógico brasileiro**. 3 ed. São Paulo: Ática. 1995.
- GEORGE, J. B. (Coord.). **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GIOVANELLA, Lúcia et al. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.49-50, p.13-22, dez./95-mar.1996.
- GIOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- GROSSI, E. P., BORDIN, J. (Org.). **Paixão de aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

- LEOPARDI, M. T.; REIBNITZ, K. S., WENDHAUSEN, A. A. O SUS e a enfermagem em Santa Catarina: a prática (re)velada. In: XIX JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM E VI ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL. 17, 1998, Florianópolis, p.46-83.
- LEOPARDI, Maria Teresa. Necessidades de saúde e cidadania. **Texto e Contexto** – Enf. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 54-73, jan-jun. 1992.
- LIMA, Maria Alice da Silva. **A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?** Porto Alegre: 1993. Dissertação (Mestrado)-Pós-Graduação em Educação, Ufrgs.
- MADUREIRA, Valéria S.F. **Eu, você-nós: co-partícipes no educar.** Florianópolis, 1993. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Assistência de Enfermagem, UFSC.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 3 ed. São Paulo: Ecitec – Abrasco, 1995.
- MUNARI, Denize; RODRIGUES, Antonia R. F. **Enfermagem em grupos.** Goiânia: AB, 1997.
- MONTICELLI, Marisa. As questões educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto e contexto** – Enf. Florianópolis, v.3, n.2, p.7-16, jul./dez.1994.
- NEDER, Carlos. Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros visando a municipalização dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** Ministério da Saúde ( Brasil ). Brasília: IEC, 1994.
- NETO, Eleutério R. A Reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** Ministério da Saúde ( Brasil ). Brasília: IEC, 1994.
- NIETSCHE, E. A. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: SAUPE, Rosita (Org.) **Educação em enfermagem.** Florianópolis: UFSC, p. 119-158, 1998.
- PINSKY, Jaime. **Cidadania e educação.** São Paulo: Contexto, 1998.

- POLETTI, Denise S. **Liderança interativa na enfermagem**. Passo Fundo: Ediupf, 1999.
- REGINA, Vilson. **O maior encontro do mundo**. Ponta Grossa: Plátano, 1996.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1989.
- RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente. **Vigilância Epidemiológica e Imunizações - Normas Técnicas e Operacionais**. Porto Alegre, 1998.
- RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.
- RODRIGUES, M. A. A integração docente-assistencial: abordagem conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 27, n.1, p.15-24, abr. 1993.
- ROGERS, Carl R. **Grupos de Encontro**: tradução de Joaquim L. Proença. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- SÁ, A. C. de; FUGITA, R. M. I. A criatividade como instrumento básico em enfermagem. In: Cianciarullo, Tamara I. (Org.) **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- SAUPE, Rosita (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998. 306 p.
- SAUPE, Rosita. Formação do enfermeiro cidadão crítico – entendimento dos docentes de enfermagem. **Texto e Contexto – Enf.** Florianópolis, v.1, n.1, p. 1-15, jan.-jun. 1992.
- SCHULTER, Wilson. Balizamentos em educação: rumos para um agir coerente. **Episteme**. Tubarão, v.1, n.2 e 4, p.7-30, mar./fev. 1994-1995.
- SEMINÁRIO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 1992: Brasília. **A investigação sobre recursos humanos em saúde: relatório de seminário**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993.
- SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 3ª, 1998, Rio de Janeiro. **Recomendações**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998.

**DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA CRS/RS E DOS  
MUNICÍPIOS REPRESENTADOS NESTE ESTUDO**



## ANEXO 2

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****Prática Assistencial:****A Enfermagem e o SUS: da realidade à possibilidade**

Data: \_\_\_\_\_

Horário de Início: \_\_\_\_\_ Horário de Término: \_\_\_\_\_

**I – Dados de Identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escola em que formou-se: \_\_\_\_\_ Ano : \_\_\_\_\_

Local (is) que já atuou :

Local (is) que já atua:

Tempo que trabalha na área de saúde pública: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Principais Atividades: \_\_\_\_\_

Temas de seu interesse:

O que deveria mudar na formação dos enfermeiros?

**ANEXO 3****TERMO DE CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO****Prática Assistencial:****A Enfermagem e o SUS: da realidade à possibilidade**

A política de saúde atual representada pelo SUS – Sistema Único de Saúde – vem beneficiando o mundo de trabalho da equipe de enfermagem e, de modo especial, dos enfermeiros. Há muitos programas na área de saúde pública que favorecem o profissional enfermeiro, uma vez que exigem sua presença para que o programa possa ser implantado pelos municípios interessados.

A formação dos enfermeiros, apesar de ter indicado pela legislação o preparo de forma equilibrada – hospitalar e ambulatorial –, parece continuar enfatizando a área hospitalocêntrica. Em contrapartida, as instituições que os recebem para atuar na saúde pública não preparam estes profissionais para ações específicas, situando-os dentro das políticas de saúde, parâmetros nos quais devem atuar.

Nesta prática assistencial, pretende-se facilitar um processo educativo baseado em alguns princípios da pedagogia libertadora, referente às concepções teóricas e políticas do Sistema Único de Saúde a um grupo de enfermeiros que atuam nos municípios de uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do Rio Grande do Sul.

Você está sendo convidado a participar deste processo que envolverá aproximadamente dez enfermeiros, que mostrará como estes profissionais estão sendo preparados para atuar na área saúde pública.

**PROCEDIMENTOS**

Se você concordar com a participação, será solicitada uma observação em seu local de trabalho, em data e horário previamente acordados. Posteriormente, será agendada uma entrevista semi-estruturada, individual, com o objetivo de detectar conhecimentos recebidos e vividos sobre os Princípios do SUS. E, finalmente, será convidado a participar de cinco sessões da Prática Assistencial Grupai, no Campus II da Universidade de Passo Fundo, em data e horário a serem definidos com os componentes do grupo, na qual será desenvolvido um processo educativo sobre os Princípios do SUS, baseado em alguns princípios da pedagogia libertadora de Paulo Freire.

## **POSSÍVEIS DESCONFORTOS E POTENCIAIS BENEFÍCIOS**

Os possíveis desconfortos que esta prática assistencial poderá ocasionar dizem respeito ao deslocamento dos componentes até o local acordado e as inquietações que poderão gerar a partir das reflexões efetuadas. Fica assegurado o direito à resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a atividade assistencial desenvolvida.

O benefício desta prática refere-se à visualização de pontos fragilizados no currículo dos enfermeiros, em sua formação na área de saúde pública, em relação aos Princípios do SUS, que podem ser corrigidos, bem como das instituições que os recebem, tornando-os mais conscientes de seu papel enquanto profissionais e cidadãos e, conseqüentemente, de sua clientela.

## **PARTICIPAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE**

A participação dos integrantes do grupo desta prática assistencial será por livre consentimento e as informações dele originadas serão confidenciais de forma a manter a privacidade, proteção da imagem e a não-estigmatização. Nenhum nome será divulgado em qualquer publicação e estas informações não serão utilizadas em prejuízo de qualquer um dos participantes.

Se você concordar com sua participação, terá garantido liberdade de acesso ao relatório em qualquer fase da Prática Assistencial e às informações obtidas durante o estudo, mesmo que venham a afetar sua vontade de continuar participando.

Sua participação nesta prática assistencial é voluntária e esta liberdade será assegurada sem quaisquer represálias atuais ou futuras, coação ou situações similares. Este consentimento poderá ser retirado em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Todos os itens deste termo de consentimento e informação serão cumpridos e respeitados pelo pesquisador envolvido.

## **CONSENTIMENTO**

Pelo presente Termo de Consentimento e Informação, declaro que fui informado(a) de forma clara, detalhada e por escrito, da justificativa, dos objetivos do trabalho e dos procedimentos a serem desenvolvidos no projeto de Prática Assistencial:

“A Enfermagem e o SUS: da realidade à possibilidade”. Ainda, fui informado(a) sobre os desconfortos e benefícios que poderei ter com a participação neste estudo.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido(a), consinto em participar da Prática Assistencial proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A aluna responsável pelo projeto desta Prática Assistencial é Eliane Flora Sobiesiak Moretto, que está sendo orientada pela Professora Doutora Mercedes Trentini, como atividade do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Mestrado Interinstitucional Capes/Funcitec/UNC-URI.

Assinatura da Aluna Responsável: \_\_\_\_\_

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

**Observação:** O presente documento, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com a aluna responsável.

## ANEXO 4

## DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA UTILIZADA NOS ENCONTROS COM O GRUPO

### **(1) Auto-representação** (adaptação da Técnica 06 de Vizzolto et al., s.d.)

*Objetivo:* oportunizar às pessoas do grupo obterem informações sobre si mesmas, conhecendo suas características profissionais e apresentando as mesmas aos demais do grupo

*Material:* papel e caneta

*Tempo:* 15 minutos

*Desenvolvimento:*

- animador forma um círculo com cadeiras, onde os integrantes do grupo ficam dispostos;
- explica os objetivos da técnica;
- distribui o material e determina cinco minutos para desenharem ou escreverem um fenômeno, objeto ou acontecimento que melhor represente cada um no seu cotidiano profissional.
- solicita que, individualmente, cada integrante do grupo revele o fato, objeto ou acontecimento escolhido justificando sua opção.
- É oportunizado debate sobre as escolhas.

### **(2) Técnica dos Balões e Palitos relacionada à Humanização na Equipe de Enfermagem** ( Adaptação Regina, 1977)

*Objetivo:* produzir conscientização do papel de cada um no trabalho em equipe, relacionando a ordem fornecida com a atuação cotidiana na enfermagem.

*Material:* balões e palitos

*Tempo:* 15 minutos

*Desenvolvimento:*

- selecionar , no máximo, oito participantes, que representam o grupo (quando este for muito grande), ou solicitar que todos os componentes (máximo dez) fiquem em pé, num local espaçoso.

- Distribuir balões e palitos para cada participante.
- Solicitar que todos encham seus balões e após apliquem um nó para mantê-los cheios.
- Dar a seguinte ordem: “Quem conseguir manter seu balão cheio, ganhará um prêmio”
- Deixar os participantes agirem e, quando se derem por satisfeitos, formar uma roda com as cadeiras, onde deverão sentar.
- Fazer o grupo todo refletir sobre as seguintes questões:
- Qual foi a ordem dada?
- Para que serve mesmo o palito?
- Quem ordenou que estourasse o balão de seu companheiro?
- Se todos tivessem seguido a ordem, não haveria um prêmio para cada um?
- Não é assim que agimos na enfermagem? Por que não unimos nossos esforços para fortalecer nosso trabalho, sendo, de fato, uma equipe?
- Quais são as experiências de vocês nesse sentido?
- Por que a solidariedade e o amor são tão difíceis de serem aplicados entre os profissionais da enfermagem?
- Isto não seria imprescindível para quem trabalha com a vida e a morte?
- Concluir a reflexão.

### **(3) Técnica dos Ovos de Codorna Relacionada com o Cuidado**

Objetivo: conscientizar sobre a importância do cuidado e do autocuidado

Material: ovos de codorna cozidos e acondicionados com algodão colorido dentro de *forminhas de docinhos*

*Procedimento:*

- Quando da chegada dos enfermeiros, é distribuído um ovo de codorna para cada um dizendo-se apenas que devem cuidá-lo.
- Não será mais tocado no assunto, mas se observa o modo como cada um trata do seu ovo de codorna.
- Ao final do encontro, é retomado com os participantes o modo de cuidar de cada um, associando ao autocuidado e ao cuidado do outro.

#### (4) Música Tanto Faz ( Vinny – Hedy West – Vs Vinny Bonnotto)

*Objetivo:* associar a letra da música com a prática dos enfermeiros.

*Material:*

- xerox da letra da música
- gravador

*Desenvolvimento:*

- Citar o objetivo da técnica.
- Distribuir as folhas com a letra da música .
- Deixar a música tocar e possibilitar que os participantes acompanhem a letra e até mesmo dancem.
- Solicitar aos participantes as frases que mais marcaram, promovendo reflexão sobre as mesmas, relacionando-as com a enfermagem.

#### **Tanto Faz - Vinny (Hedy West – Vs Vinny Bonnotto)**

Não existe só uma forma de querer,  
 Mas somente um grande amor será real.  
 Pérola de sol, coisa rara de se ver,  
 Verdadeira e forte como um temporal.

E tanto faz, tanto faz,  
 Quanto você pode ter.  
 No final somos histórias prá contar.  
 Tanto faz, tanto faz,  
 Quanto você pode ser,  
 Você vale o quanto poderá amar.

Não existe só um caminho prá seguir,  
 E nem somente um jeito de se alcançar.  
 Por isso pense bem por onde você quer ir  
 O que vale é quem irá te acompanhar.

Tanto faz, tanto faz,  
 Quanto você pode ter.

No final somos histórias prá contar.

Tanto faz, tanto faz,

Quando você pode ser,

Você vale o quanto poderá amar.

### **(5) O Nó** (Adaptação da técnica de Vizzolto et al.,s.d.)

*Objetivos:* desenvolver habilidades de relacionamento, percepção, poder de decisão e cooperação.

*Material:* sala ampla.

*Tempo:* 15 – 30 minutos dependendo número de participantes.

*Desenvolvimento:*

- Expor os objetivos da técnica e solicitar para o grupo formar um círculo.
- De mãos dadas, cada um deve observar quem está à sua direita e à sua esquerda.
- Dado um sinal, todos soltam as mãos e, de olhos fechados, se movimentam, andando no espaço ocupado pelo círculo.
- Novo sinal é dado e todos param no local onde estão, abrindo os olhos. A seguir, deverão voltar e dar a mão direita para quem estava a sua direita e a mão esquerda para quem estava a sua esquerda, fazendo um grande nó.
- A um novo sinal, o grupo tentará desfazer o nó, sem soltar as mãos, numa tentativa de voltar à forma do círculo anterior.

\* Observar quem conseguiu desfazer o nó em menos tempo e as habilidades vivenciadas: honestidade, atenção, calma, cooperação e outros.

### **(6) Representação Gráfica** (antes do SUS e após o SUS)

*Objetivo:* refletir sobre a forma com que os participantes visualizam o SUS e as mudanças por ele provocadas.

*Material:* cartolinas e pincéis atômicos

*Procedimentos:*

- orientar que os participantes, dois a dois, representem graficamente como a saúde era vista antes do SUS e como ela está na atualidade, num período de cinco minutos.

- Apresentar ao grupo cada uma das conclusões a que as duplas chegaram.
- Estimular o debate sobre as conclusões apresentadas.

### **(7) Auto-identificação dos elos representados**

*Objetivo:* a partir da auto-representação ocorrida no primeiro encontro, procurar a auto-identificação com os diferentes elos caracterizados.

*Material:* dez elos decorados de acordo com a auto-representação dos participantes

*Procedimento:*

- Dispor os elos decorados numa mesa ou similar, que permita fácil acesso aos participantes.
- Fornecer orientação para que busquem identificar-se com aquele elo que mais semelhança possui com sua auto-representação.
- Oportunizar manifestação de sentimentos que acompanharam essa identificação.
- Cada participante levará consigo o seu elo decorado como forma de incentivo e lembrete de suas potencialidades.