

ELAINE THUMÉ

AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
SAÚDE NA REGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
SAÚDE NA REGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ELAINE THUMÉ**

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

**ORIENTADORA**

Prof.<sup>^</sup> Dr.<sup>^</sup> ELIANA MARÍLIA FARIA

**CO-ORIENTADORA**

Prof.<sup>“</sup> Dda. VANDA M. da R. JARDIM

Florianópolis, 2000

AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
SAÚDE NA REGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL

ELAINE THUMÉ

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 setembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem - área de concentração em Assistência de Enfermagem



Prof.ª Dr.ª Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem


BANCA EXAMINADORA:



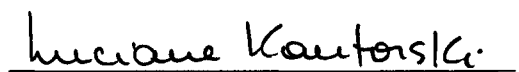
Prof.ª Dr.ª Eliana Marília Faria  
Presidente



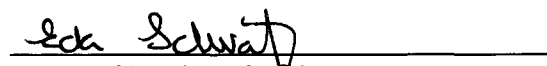
Prof.ª Dr.ª Denise Elvira Pires de Pires  
Membro



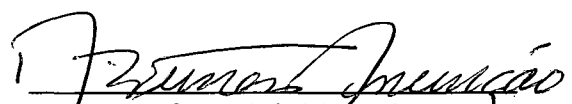
Prof.ª Dr.ª Cleuza Panisset Orjaéllas  
Membro



Prof.ª Dra. Luciane Prado Kantorski  
Membro



Prof.ª Dda. Eda Schwartz  
Membro



Prof. Dr. Ari A^günção  
Membro Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

Aos enfermeiros participantes desta pesquisa, por exporem seu trabalho, tomando possível a realização deste estudo.

Aos meus pais e familiares, incentivadores de longa data e de todas as horas e que compartilham comigo mais esta etapa.

À Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas, por viabilizar a adequação de meus horários, permitindo que pudesse realizar o Curso de Mestrado, em especial, aos colegas de trabalho que souberam entender meus períodos de ausência.

À Direção, professores e funcionários da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia - UFPEL, pelo apoio e acolhida de uma ex-aluna que, retomou para complementação dos estudos.

À Eliana, Vanda e Cleuza que me conduziram nesta caminhada e, ao exercerem as críticas, o fizeram de modo a permitir avançar na busca de conhecimentos.

Aos funcionários da Coordenadoria Regional de Saúde e demais Prefeituras, pelas informações prestadas e disponibilidade em auxiliar na busca de dados dos diferentes municípios.

Enfim, a todas as pessoas que contribuíram para este estudo tomar-se realidade.

## RESUMO

Este estudo teve como finalidade conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde, nos municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, localizada na região sul do Estado do Rio Grande do Sul. O trabalho regional, nesta área, teve início há cerca de 14 anos e tem apontado um crescimento rápido em função da adoção de políticas estratégicas de intervenção junto às comunidades, tais como o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O processo de municipalização da saúde tem contribuído para a participação efetiva dos enfermeiros nas equipes que realizam o trabalho nas unidades de saúde. Para a coleta dos dados, utilizou-se a observação direta no cotidiano do trabalho, questionário e técnica de grupo focal. Os dados foram categorizados de modo a permitir conhecer os sujeitos do estudo, suas práticas e seu entendimento sobre o processo de trabalho. Como resultado, observa-se que os enfermeiros desenvolvem seu trabalho em estruturas físicas inadequadas. O trabalho restringe-se ao interior das unidades de saúde de forma individualizada e não há trabalho de equipe, apesar do enfermeiro mostrar-se disposto a tal. O modelo programático é o adotado, gerando a fragmentação dos indivíduos pelas suas carências, e reforçando a hegemonia médica no setor. O planejamento não é uma prática cotidiana, assim como a educação continuada. Como finalidades do trabalho executado pelos enfermeiros destacam-se ações de prevenção, principalmente através do programa de imunização e práticas de cura ou reabilitação. Os focos do trabalho do enfermeiro são as crianças, seguido das mulheres e da supervisão do auxiliar de enfermagem. Também, dispensam, atenção aos doentes crônicos, principalmente na forma de consulta e participação nos grupos. Percebe-se a necessidade de se construir um trabalho em equipe, integrado e planejado. A mudança do modelo de atenção que privilegie também, a participação ativa do usuário na tomada de decisão e a busca de novas alianças com comunidade deve prevalecer, com vistas à promoção da saúde. É necessário que se estabeleça uma articulação entre as Instituições formadoras e as responsáveis pela assistência, que se invista em educação continuada, na perspectiva de superação da transmissão puramente normatizadora, na busca de aliados no processo de mudança. Apesar de se verificar uma série de condições adversas para o trabalho, o enfermeiro ainda é o profissional que se dispõe a ouvir a comunidade e sente prazer no que faz, demonstrando um grande interesse em crescer e aprender mais através do trabalho.

## **ABSTRACT**

The subject of this study is the work developed by nurses of the HBUs (Health Basic Units) existing in all counties of the 3<sup>rd</sup> CRS, in the south area of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. The study began about 14 years ago and has had a great progress since then, with strategic policies of intervention in the community, such as the PSF e PACS. The process of regional health care has contributed to a greater participation of nurses in the HBUs staffs. In collecting data we have used direct observation of procedures in daily work, as well as special questionnaires to provide information, and focus group work. Data were organized in order to analyse the results properly. The work of nurses was analysed in several aspects, especially regarding to their understanding of adequate routine procedures. As a result we came to a conclusion that nurses do their job in inadequate conditions. The work is restricted to HBUs only. There is no effective staff work, although nurses are willing to do it. A routine model is used, but nurses lack programmed learning to follow it, maintaining the hegemony of physicians. Yet planning is not methodical. Nurse work is helpful in immunization, as well as in healing and rehabilitating the patients. The focus of nurse work is on children, followed by women and supervision of nurse attendants. They also help to treat chronic diseases, taking part in individual and group consultations. We detected the need of planning a better organized staff work. It is necessary a change in the present rules of medical care to promote public health more effectively. A more active participation of patients in some decisions should be allowed. New forms of participation of the community in the work of HBUs should be developed. Programmed learning should also be encouraged, as we desire a real process of change. Despite a number of adverse work conditions, nurses are still workers with a real ability to listen to patients and a great interest in develop their professional skills.

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO .....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE QUADROS.....	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 - Objetivo.....	5
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO.....	6
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
4. METODOLOGIA.....	56
4.1 - Cenário.....	56
4.2 - Sujeitos do Estudo.....	57
4.3 - Coleta dos Dados.....	57

...

4.3.1 - questionário.....	58
4.3.2 - grupo focal.....	59
4.3.3 - observação direta no cotidiano.....	61
4.4 - Análise dos Dados.....	61
5. RESULTADOS E ANÁLISE.....	64
6. TRABALHO EM SAÚDE: Humano, Sensível e Ético.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
ANEXOS.....	127



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem
- AIS - Ações Integradas de Saúde
- API - Avaliação Programa de Imunização
- CAP(s) - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CFM - Conselho Federal de Medicina
- CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
- CNS - Conferência Nacional de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASP - Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
- COREN - Conselho Regional de Enfermagem
- CRS - Coordenadoria Regional da Saúde
- CRUTAC - Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária
- DRS - Delegacia Regional de Saúde (atual CRS)
- ESPENSUL - Especialização em Enfermagem da Região Sul
- FEO - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia - UFPEL
- FURG - Fundação Universidade de Rio Grande
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICN - Conselho Internacional de Enfermeiras (International Council of Nurses)
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INPS - Instituto Nacional Previdência Social
- ITEPA - Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPS - Organização Pan-americana de Saúde

FAB - Piso Ambulatorial Básico

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PND- Plano Nacional de Desenvolvimento

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PSF - Programa de Saúde da Família

RS - Estado do Rio Grande do Sul

SES - Secretaria Estadual da Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMSBE - Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar (Pelotas)

SSMA - Secretaria Saúde Meio Ambiente (atual SES)

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UCPEL - Universidade Católica de Pelotas

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

US - Unidade Sanitária

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Estado do Rio Grande do Sul e suas fronteiras.....	7
Figura 2 - Espaço Geo-político da área da 3ª CRS/RS, 2000.....	8
Figura 3 - Exemplo de um processo de trabalho na Atenção Básica. Pelotas, 2000.....	100
Figura 4 - Principais objetos de trabalho identificados no estudo. Pelotas,2000.....	102
Figura 5 - Finalidades do trabalho dos enfermeiros identificados no estudo. Pelotas, 2000.....	103

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Alguns dados referentes aos municípios da área do estudo.....	11
Quadro 2 - População residente por situação domiciliar e por sexo nos Municípios da área do estudo, 1996.....	12
Quadro 3 - Oferta de serviços de saúde nas área hospitalar e ambulatorial, número de enfermeiros na atenção básica, 1999.....	14
Quadro 4 - Meta e cobertura vacinal acumulada em menores de 1 ano até o mês 07/00 - 3 <sup>o</sup> CRS/RS, 2000.....	20

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Cobertura vacinal acumulada em menores de 1 ano, 1986-1990 - 3ª DRS/RS. Pelotas, 2000.....	19
Gráfico 2 - Cobertura vacinal acumulada em menores de 1 ano, 1996-2000 - 3ª CRS/RS. Pelotas, 2000.....	19
Gráfico 3 - Incidência de tuberculose no RS, 1977 - 1999.....	21
Gráfico 4 - Incidência de tuberculose por CRS/RS, 1997.....	22
Gráfico 5 - Anos de formados e anos de trabalho na Saúde Pública. Pelotas, 2000.....	69
Gráfico 6 - Anos de trabalho na enfermagem. Pelotas, 2000.....	69
Gráfico 7 - Média salarial dos sujeitos do estudo. Pelotas, 2000.....	71
Gráfico 8 - As Práticas dos enfermeiros na Atenção Básica, nos municípios da 3ª CRS/RS. Pelotas, 2000.....	93

## I. INTRODUÇÃO

Este estudo configura a dissertação de mestrado e atende as exigências acadêmicas do curso de mestrado em enfermagem, tendo as práticas dos enfermeiros, na rede básica dos Serviços Públicos, como objeto central da investigação proposta.

Sabe-se que o exercício da enfermagem encontra-se em diferentes etapas de desenvolvimento em diversas partes do mundo e o que se pretende, é conhecer as práticas de enfermagem desenvolvidas atualmente pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde, na área de abrangência da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A discussão sobre o trabalho dos enfermeiros em Saúde Pública tem sido objeto do interesse da categoria, a partir de diferentes perspectivas, considerando distintas percepções da realidade, bem como, as transformações internas e externas ao foco de estudo. Organizações próprias da enfermagem têm buscado conquistar espaços de discussão acerca do cotidiano de trabalho na área da saúde e na enfermagem que, em sua totalidade, compreende esta última, a grande maioria nas equipes de saúde.

Neste sentido, vale destacar o Relatório de Especialistas da Organização Mundial da Saúde - OMS (1996) acerca do Exercício de Enfermagem em Serviços de Atenção Primária à Saúde, no qual expõem que, o vasto campo de ação do exercício da enfermagem requer que os profissionais compreendam os fatores determinantes da saúde e suas causas, assim como o tratamento e, o contexto ambiental, social e político da atenção à saúde.

Em 1991 o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), iniciou o desenvolvimento de um Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem, pretendendo uma sistematização internacional destas práticas. A primeira análise dos dados coletados identificou um acentuado direcionamento para a área hospitalar, orientando, então, a criação de um projeto neste âmbito para a área de Saúde Pública. Em 1994, a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn - em reunião realizada no México, juntamente com outros países da América Latina, elabora o Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC.

A partir de mecanismos de cooperação, o projeto pretende analisar as práticas de enfermagem em Saúde Coletiva, estruturando um sistema de informação passível de troca e interlocução, tendo como pressupostos a produção em saúde no Sistema Único de Saúde (CIPESC, 1996).

O interesse de estudos neste setor se coaduna com as crescentes necessidades identificadas nos quadros sanitários, especialmente no que se refere a necessidade de ampliação de cobertura dos serviços com a adequação dos Serviços de Saúde aos novos modelos assistenciais, baseados na acolhida, na humanização e no estabelecimento do vínculo com os usuários. No caso da enfermagem, especificamente, deve se considerar fatores históricos do campo profissional formalizado recentemente e, como consequência disto, ainda caracterizado por uma insuficiência de sistematizações capazes de expressar um cotidiano de trabalho bastante diverso.

As contínuas modificações na realidade de saúde têm produzido movimentos no sentido de adequar os Sistemas de Saúde às necessidades inerentes a realidade contemporânea. Neste contexto, diferentes correntes têm mantido uma disputa acerca das concepções que devem orientar as ações de saúde. No Brasil, o atual Sistema de Saúde denominado Sistema Único de Saúde - SUS, revela duas concepções distintas; a) em seu arcabouço formal apresenta um modelo assistencial que busca o atendimento ao cidadão e no qual se percebe uma idéia de produção coletiva de saúde; b) na instância de sua operacionalização identifica-se claramente uma orientação privativista no setor.

Como categoria profissional, a enfermagem tem participado do esforço nacional para a implantação do Sistema Único de Saúde e, conquistado espaços importantes de

trabalho, tanto na assistência como no gerenciamento de serviços públicos. Para poder efetivamente contribuir com a organização do Sistema de Saúde, ocorreram mudanças curriculares nos cursos de graduação de enfermagem, na década de 90, com a preocupação na formação de recursos humanos com visão social do processo saúde/doença, diferenciando-se da formação da década de 80, época em que ingressei no Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, que centrava o foco na assistência individual e curativa, refletindo as propostas do Sistema de Saúde da época.

Mas, apesar da formação do enfermeiros estar centrada, na época, no aprimoramento da técnica com vistas a assistência hospitalar, teve-se a oportunidade de vivenciar, na graduação, projetos de extensão paralelos, como o CRUTAC<sup>^</sup> e PROJETO RONDON<sup>^</sup>, que mesmo frente as contradições destas propostas, representaram uma primeira possibilidade na qual, através de uma articulação de diversas áreas, vivenciava-se uma aproximação em diferentes comunidades, conhecendo suas diferenças sociais e particularidades.

Dessa forma, foi possível discutir as propostas de assistência de enfermagem em Saúde Pública, assim como, interagir com outras profissões da área da saúde e social. Vale lembrar que as diferenças sociais eram, por mim, entendidas, no início do curso de graduação, em 1982 como “naturais”. A graduação oportunizou, através de discussões com alguns professores da área da Saúde Pública, a ampliação da minha visão de mundo, abordando as influências das políticas econômicas e sociais como forma de exclusão da grande maioria da sociedade. Até porque, nesta época, já experimentava-se a possibilidade de expressão, com a abertura política e o início da reimplantação, no Brasil, de um Estado Democrático.

Atualmente, como enfermeira e Coordenadora do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas - SMSBE, tenho necessidade de buscar subsídios

---

\* Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária . Participação como estagiária. O Plano de Atuação e Filosofia do CRUTAC, abrangia as áreas de Saúde Pública, Agropecuária e Sócio-Educativa. Pelotas, 1983.

<sup>^</sup> Participação como estagiária no Campus Avançado de Cáceres - Mato Grosso, no Projeto: Saúde e Organização Comunitária, em 1984.



teóricos e práticos que fundamentem e expliquem as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros, hoje, nos Serviços Públicos de Saúde, contextualizando-as no processo de produção em saúde.

O curso de mestrado foi a oportunidade concreta de reunir os aspectos práticos e teóricos, com reflexões que culminaram com as disciplinas de prática assistencial, educação e ética. Os encontros pedagógicos orientados pela teoria de educação de Paulo Freire, compreendidos como uma prática assistencial, permitiu-nos conhecer o entendimento do profissional enfermeiro acerca do trabalho de enfermagem em Saúde Pública. As questões que surgiram durante o decorrer dos encontros, oportunizaram reflexões sobre os posicionamentos daqueles enfermeiros, acerca do Sistema de Saúde; da Enfermagem (no grupo foi forte a conotação de doação, arte, dedicação); do entendimento do grupo sobre Enfermagem em Saúde Pública, que contemplou um leque de ações do enfermeiro, com destaque ao papel educativo, embora as idéias expressadas abordassem a educação como: “educar hábitos; sobre trabalho em equipe que, unanimemente, apontou a necessidade de integração entre diferentes profissionais (Thvmié, 1998).

Frente aos resultados da prática assistencial realizado com esse grupo de enfermeiros que estava ingressando no serviço, surgiu o interesse em conhecer um pouco mais do trabalho dos enfermeiros que já estavam atuando na região.

O campo de trabalho do enfermeiro na Saúde Pública, nesta região, tem como marco a década de 80, diante das propostas das Ações Integradas de Saúde cujo modelo pressupõe a formação de equipes multiprofissionais e cujo processo desencadeou a discussão dos princípios da Reforma Sanitária ampliando as ações de Saúde Pública. Esta ampliação, no caso da enfermagem, pode ser atribuída a necessidade das prefeituras em, assumindo o processo de municipalização da saúde, ampliar a contratação de recursos humanos, bem como, no incremento da fiscalização do exercício profissional por parte do Conselho Regional de Enfermagem - COREN.

Diante deste contexto, que teve início há mais de imia década, com a inserção dos enfermeiros nas Instituições Públicas Municipais da região para o atendimento nos Serviços de Atenção Básica, este estudo pretendeu responder a seguinte questão: **quais as práticas que atualmente os enfermeiros desenvolvem na Rede Básica de Saúde nos**

**municípios que integram a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul?**

Acredito que conhecendo as práticas dos enfermeiros, possa haver subsídios para a discussão e reflexão do trabalho desenvolvido, caracterizando-o na Rede Básica de Saúde e no contexto social, político e econômico da região, contribuindo para o conhecimento do trabalho do enfermeiro.

Os resultados do estudo, também, poderão servir de base para novas experiências tanto para o grupo de enfermeiros que já atuam, como para as instituições de ensino, responsáveis pela formação de recursos humanos no trabalho, na perspectiva da Saúde Coletiva.

Para poder responder a questão de pesquisa colocada, este estudo teve como **OBJETIVO: identificar as práticas que, atualmente, os enfermeiros desenvolvem na Rede Básica de Saúde nos municípios que integram a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.**

## II. CONTEXTUALIZANDO A ÁREA EM ESTUDO

Neste capítulo apresenta-se algumas características regionais e locais da área que compõe o estudo, de forma a contextualizar a realidade sócio-econômica e indicadores de saúde desta região.

De acordo com o historiador Barbosa Lessa (1984), o fato da costa litorânea do atual Estado do Rio Grande do Sul, não possuir abrigo, nenhuma enseada e nenhum porto seguro para ancorar, contribuiu para a posterior ocupação do Rio Grande do Sul, pelos descobridores. Martim Afonso foi quem conseguiu identificar a interrupção no imenso areai da costa, e julgando-se tratar de um rio, em homenagem ao irmão, batizou-o de rio São Pedro. Posteriormente, com o tratado de Tordesilhas, esta região ficou pertencendo à Espanha.

Enquanto Portugal ocupava-se em povoar o nordeste do País, o Rio Grande do Sul, segundo Lessa (1984), continuou por muito tempo, sendo a solidão entregue aos ventos, pois por mar, os espanhóis não tinham como entrar; nem pelo interior, pois haviam tribos indígenas que defendiam o território.

Alguns exploradores marítimos tentaram investigar, para a Espanha, o que poderia haver atrás dos areais, no rio que os portugueses chamavam de São Pedro. Mas todos desistiram, pois na verdade, a barra que os navegantes espanhóis encontraram era mais propriamente uma enorme sucessão de bancos de areia andando de lá para cá. Segundo Lessa (1984:14), *“não puderam ir adiante, sob pena de encalhar e emborcar. Ficaram*

*olhando de longe. E, achado ainda que se tratasse de um rio, deram-lhe o nome de Grande.”*

Figura 1-0 Estado do Rio Grande do Sul e suas fronteiras:

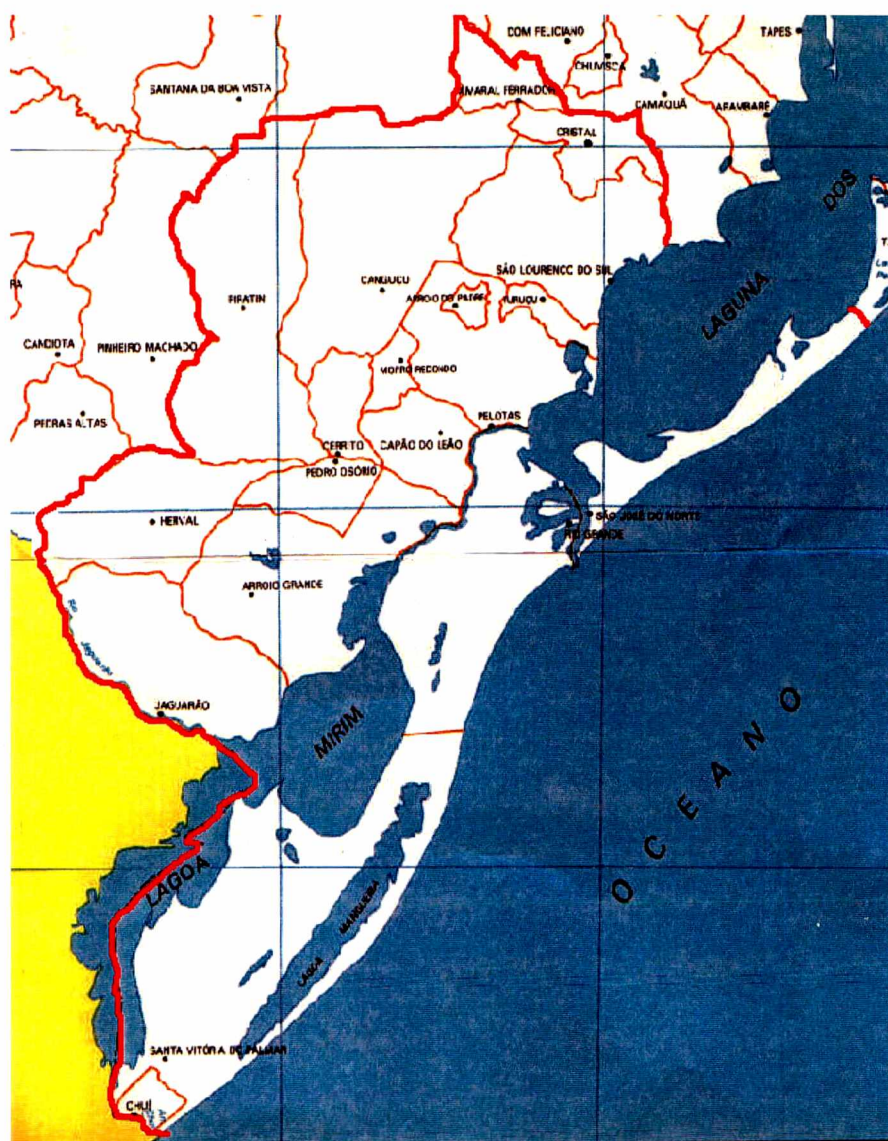


Fonte: Barbosa Lessa. Rio Grande do Sul, prazer em conhecê-lo, 1984.

Posteriormente descobriram tratar-se do deságüe de uma lagoa, hoje chamada de Lagoa dos Patos, cujas águas vêm de muito longe. Atualmente nesta barra, devidamente dragada, está instalado o Porto da cidade de Rio Grande, grande exportador nacional e internacional de produtos produzidos em outras regiões do Estado e do País.

Do outro lado da barra, encontra-se a cidade de São José do Norte e, se continuarmos navegando chegaremos a outras cidades que compõem a área de estudo deste trabalho como Pelotas, São Lourenço do Sul através da Lagoa dos Patos ou até a cidade de Jaguarão e Santa Vitória do Palmar, via canal São Gonçalo e Lagoa Mirim.

A região estudada está situada no extremo sul do Brasil, fazendo fronteira sul com o Uruguai, à leste com a Lagoa dos Patos e o Oceano Atlântico, a oeste com os municípios da 7ª e 8ª CRS e, ao norte com os municípios da 2ª e 18ª CRS, como podemos observar na figura 2 abaixo (área interna da linha vermelha):



O Estado do Rio Grande do Sul, na área da saúde, está subdividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS<sup>^</sup>. A 3<sup>ª</sup> CRS, área que compreende o campo de estudo, tem como sede o município de Pelotas e é formada por 18 municípios, sendo que o município de Arroio do Padre (19<sup>º</sup>) realiza, neste ano, sua primeira eleição para prefeito, emancipando-se do município de Pelotas.

---

<sup>^</sup> Até 1999, as CRS denotavam-se Delegacias Regionais de Saúde (DRS). Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Estadual da Saúde/2000, a transformação das Delegacias em Coordenadorias não representam mera mudança de nomenclatura, mas sim, uma nova postura na forma de relacionamento, com cooperação técnica e financeira e de diálogo com os municípios.

A região é polarizada pelo eixo econômico Pelotas / Rio Grande e possui uma população estimada de 760 mil habitantes aproximadamente (IBGE, 1996).

Possui duas Universidades Federais com Faculdade de Enfermagem, sendo uma localizada em Pelotas, na Universidade Federal de Pelotas - UFPEL e outra, na cidade de Rio Grande, na Fundação Universidade de Rio Grande - FURG. Como formadora de recursos humanos na área da saúde, a região conta ainda, com a Universidade Católica de Pelotas -UCPEL.

De acordo com o Banco de Dados da Zona Sul/RS, do Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria - ITEPA, as Universidades, no contexto do desenvolvimento local, representam importantes geradoras de ICMS. O valor arrecadado pela UFPEL, chega a representar 24,98% do total arrecadado pelo município de Pelotas, possui cerca de 8.000 estudantes, sendo que 40% originam-se de outros municípios e estados, o orçamento desta Universidade, no ano de 1999, ficou em torno de R\$ 83 milhões.

A UCPEL, possui na graduação cerca de 7.000 alunos, com 50% deste total com origem em outros municípios e estados, com um orçamento no ano de 1999 de R\$ 35 milhões. Servindo como base de comparação, o orçamento de 1999, do município de Pelotas, estava previsto em R\$ 99 milhões.

O fato de grande parte dos alunos não serem originados da cidade de Pelotas, incentiva o comércio local e o setor mobiliário com o incremento nos aluguéis ou na compra/venda de imóveis, sendo que o mesmo ocorre na cidade de Rio Grande, com a existência da FURG.

Segundo dados do ITEPA - UCPEL (1999), no Brasil, existem 6 macrocomplexos industriais e na Zona Sul identifica-se 4 destes, são eles:

**1 - Construção Civil** - possui grande oferta de emprego, refletindo na dinamização do comércio e nos serviços mas, não contribui com a aceleração do desenvolvimento da região;

2 - Metal-Mecânico - na Zona Sul é composto por micro e pequena indústria com linhas de produtividade com baixo valor agregado e com baixa densidade tecnológica, podendo servir como base complementar para o pólo de Caxias e da grande Porto Alegre;

3 - Químico - é o mais dinâmico e possui boa relação com atividades indutoras de valor agregado elevado, mas tem poucas Unidades implantadas na região. Pode ser expandido com facilidade tendo o suporte do Porto de Rio Grande como indutor de expansão e,

4 - Agroindústria - se desenvolveu a partir das vocações agropecuárias da região. Responsável por quase 60% da formação do PIB regional e pela circulação financeira em todos os municípios. Possui ampla relação com atividades econômicas predominantes sendo o indutor do comércio principalmente de Pelotas e Rio Grande. É composto por 3 setores principais: arroz; frutas/ legumes/ verduras e pecuária corte/leite.

A produção agrícola do arroz concentra-se principalmente nos municípios de Arroio Grande, Jaguarão, Santa Vitória do Palmar, Rio Grande e São Lourenço do Sul.

Com relação ao setor de frutas/legumes/verduras, destacam-se os municípios de Canguçu, Pedro Osório, Jaguarão, São José do Norte, Piratini e Pelotas.

A atividade pecuária desenvolve-se com destaque nos municípios de Arroio Grande e Jaguarão (bovinos); produção leiteira nos municípios de Pelotas, Canguçu, São Lourenço, Pedro Osório e Santa Vitória do Palmar e o rebanho ovino com produção de lã, nos municípios de Herval, Pinheiro Machado, Piratini, Santa Vitória do Palmar e Arroio Grande.

Com relação ao perfil populacional da região, pode-se dizer que, praticamente, há um equilíbrio entre o sexo feminino e o masculino. Os homens residem mais no meio rural.

A concentração da população é nos centros urbanos, na maioria dos municípios da regional. Ainda mantém-se, como perfil populacional rural, os municípios de Amaral Ferrador, Canguçu, Cerrito, Herval, Piratini, São Lourenço do Sul e Turuçu.

Os quadros 1, 2, 3 e 4 apresentados nas páginas seguintes, têm como objetivo permitir apresentar algumas características dos municípios da área de estudo e uma maior visualização dos perfis populacionais e de oferta de serviços de saúde.

QUADRO 1 - Alguns dados referentes aos municípios da área do estudo- ano 2000.

MUNICÍPIOS	Ano da Emancipação	População Estimada em 1999	Perfil Populacional do Município	Nº de Domicílios	Nº de economias ligadas a rede de água	Nº de economias ligadas ao esg. Cloacal
Amaral Ferrador	1988	4.934	Rural	1505	-	-
Arroio Grande	1873	18.984	Urbano	5902	4.862	258
Canguçu	1857	49.481	Rural	14.166	5.177	-
Capão do Leão	1982	22.504	Urbano	5.936	3.894	-
Cerrito	1995	6.748	Rural	-	-	-
Chui	1995	3.148	Urbano	-	-	-
Cristal	1988	6.980	Urbano	1.804	952	-
Herval	1881	7.701	Rural	2.453	1.671	-
Jaguarão	1832	31.989	Urbano	9.295	9.396	3.406
Morro Redondo	1988	5.903	Urbano	1.808	-	-
Pedro Osório	1959	7.746	Urbano	4.637*	3.800	-
Pelotas	1830	315.415	Urbano	92.403	83.158	44.307
Piratini	1830	17.151	Rural	5.402	2.799	-
Rio Grande	1809	182.222	Urbano	53.468	55.555	17.291
Sta Vitória do Palmar	1884	30.522	Urbano	10.609 **	11.550	-
S. José do Norte	1965	23.316	Urbano	6.987	2.843	-
S. Lourenço do Sul	1831	43.391	Rural	11.050	6.756	125
Turuçu	1995	3.676	Rural	-	-	-

Fonte: Zero Hora - Almanaque das regiões - Zona sul, julho 2000 -baseado em informações FEE/RS, IBGE.

\* inclui município de Cerrito

\*\*inclui município de Chui



QUADRO 2 - População residente por situação de domicílio e por sexo nos municípios da área do estudo, 1996.

MUNICÍPIOS	RURAL		URBANA	
	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
Amaral Ferrador	2.070	2.294	466	434
Arroio Grande	1.455	1.925	7.653	7.504
Canguçu	16.334	18.274	8.109	7.328
Capão do Leão	1.138	1.245	9.301	9.294
Cerrito	.	.	.	.
Chui	.	.	.	.
Cristal	1.445	1.580	1.768	1.768
Herval	1.497	1.921	2.094	2.036
Jaguarão	2.176	2.670	12.700	12.173
Morro Redondo	1.929	2.056	1.026	951
Pedro Osório	1.919	2.161	5.453	5.129
Pelotas	12.093	12.861	148.806	133.907
Piratini	4.000	4.963	4.218	4.066
Rio Grande	3.149	3.687	88.469	82.951
Sta Vitória do Palmar	2.591	3.329	14.264	13.843
São José do Norte	3.307	4.061	7.681	7.718
São Lourenço do Sul	10.035	10.890	11.106	10.496
Turuçu	.	.	.	.
TOTAL	65.138	73.917	323.114	299.598

Fonte: IBGE-1996

Obs: a soma total da população apresentada no quadro 2, é igual a 761.767 habitantes, difere, portanto, da apresentada no quadro 1, em função das correções populacionais no período, baseadas em estimativas. Ambas são dados oficiais do IBGE, que pretende, com o censo realizado no momento, divulgar novas informações no final deste ano.

As propostas da Secretaria Estadual de Saúde - SES, são a de criação de uma rede de ações e serviços única, voltada para a atenção integral do cidadão, com controle social e organizada a partir das reais necessidades e problemas dos usuários. Para que esta proposta seja viável, a SES/RS, propõe 5 eixos prioritários para a construção do SUS, quais sejam: descentralização de gestão; regionalização da atenção; integralidade da atenção; fortalecimento das instâncias de controle social e pactuação e também, a formação dos trabalhadores em saúde no SUS.

Para que os serviços possam realmente organizar-se nestas perspectivas, a municipalização da saúde é o primeiro passo. A saúde organizada a partir do município, que poderá decidir sobre como investir os recursos, tende a atender melhor o grau de resolutividade dos serviços e melhorar a atenção em saúde prestada a população.

Segundo o relatório de gestão da SES/RS (1999), *"há o desafio de os municípios pensarem sua realidade e formularem, com a cooperação técnica do Estado, suas alternativas, submetendo-as ao controle e acompanhamento social, ao invés de impor-lhes sedutores modelos ou pactos carimbados, de eficácia reduzida, como comprova nossa realidade sanitária."*

O RS possui atualmente, 467 municípios, 96% destes já assinaram o termo de municipalização da saúde. Na área em estudo, com 18 municípios, este percentual é de 94%, sendo que o único município que ainda não aderiu o processo de municipalização é o do Capão do Leão, que está com o processo em andamento.

Ao assinarem o termo de municipalização, os municípios comprometem-se em avaliar e organizar os serviços locais, de forma a atender as necessidades da população, cuja participação se dá através do Conselho Municipal de Saúde, que possui importante papel no controle e fiscalização das políticas locais de saúde.

Observe no quadro a seguir a situação da região em relação ao número de hospitais, de leitos hospitalares e de Unidades Sanitárias - US na zona urbana e rural por município, bem como, o número de enfermeiros atuando na Saúde Pública, na época do início da coleta dos dados desta pesquisa, ou seja, em dezembro de 1999.

QUADRO 3 -Oferta de serviços de saúde nas área hospitalar e ambulatoriai e, número de enfermeiros na atenção básica, 1999.

MUNICÍ PIOS	N <sup>o</sup> de Hospitais	N <sup>o</sup> de Leitos Hospitalares	N <sup>o</sup> de Unidades Sanitárias		N <sup>o</sup> de Enfermeiros na Saúde Pública em dez/99
			Zona Urbana	Zona Rural	
Amaral Ferrador	1	11	1	2	1
Arroio Grande	1	48	6	1	1
Canguçu	1	105	4	1	5
Capão do Leão	0	-	2	4	-
Cerrito	0	-	1	2	1
Chui	0	-	1	2	2
Cristal	0	-	1		2
Herval	1	16	1	2	1
Jaguarão	1	108	4	-	2
Morro Redondo	1	26	2	1	1
Pedro Osório	2	122	3	1	1
Pelotas	6	1299	40	13	31
Piratini	1	65	2	1	2
Rio Grande	3	690	20	6	22
Sta Vitória do Palmar	1	77	7	4	6
S. José do Norte	1	64	2		3
S. Lourenço do Sul	2	199	6	6	6
Turuçu	0	-	1	1	1
TOTAL	22		104	47	88

A seguir apresenta-se alguns dados sobre indicadores de natalidade, mortalidade e cobertura vacinal. Estes dados foram extraídos de fontes oficiais do Estado do Rio Grande do Sul, gerados a partir dos Sistemas de Informação de Nascidos Vivos - SINASC , do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM e do Avaliação do Programa de Imunizações

- API, respectivamente oriundos do preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos, das Declarações de Óbito e dos Boletins de Imunizações, e publicadas pelo governo do Estado em 1998 (SINASC), 1997 (SIM) e 2000 (API).

São aqui apresentados como uma forma de conhecer a realidade local nestas áreas e contribuir com a avaliação das ações implementadas pelos enfermeiros, bem como, orientar a necessidade de novas ações ou adequações das práticas.

Optou-se por incluí-los nesta dissertação, como forma de permitir ao leitor uma aproximação da realidade, concordando com Almeida & Rocha (1997), para quem a concepção da doença não é apenas o fenômeno individual centrado no corpo doente, mas um fenômeno coletivo, tendo a epidemiologia como um dos saberes fundamentais para o planejamento das ações.

Os dados por município e regional, são recursos indispensáveis para o planejamento das ações frente a municipalização da saúde, sendo o local onde as pessoas nascem, crescem e morrem. O enfermeiro, que vive e trabalha neste contexto, atua em instituições que visam a Saúde Coletiva e deve, portanto, ter estes indicadores como uma das ferramentas necessárias ao desenvolvimento de seu trabalho, como por exemplo, indicadores de mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer, que refletem a situação de saúde de uma população.

As informações referentes ao recém-nascido de 1998, na área de abrangência da 3ª CRS demonstram um total de 13.796 nascimentos, com percentual de 98,9% de ocorrência hospitalar e com peso médio ao nascer de 3.164 gramas, sendo que 9,5% apresentaram baixo peso ao nascer (menos de 2.500g) e 22,7% com peso considerado insuficiente (entre 2.500 e 2.990g). Do total de nascimentos, 51,1% dos RNs são do sexo masculino e 48,9% do sexo feminino.

Com relação a duração da gestação e parto, na 3ª CRS, observa-se um percentual de 93% de gestações a termo (37-41 semanas) e 4,7% de prematuridade (até 36 semanas), sendo 61,1% dos partos do tipo normal e 37,5% cesáreos (em 1996 este percentual era de 34,4%).

A média de parto cesáreo no RS é de 40,2%, sendo considerada uma epidemia pelo próprio Conselho Federal de Medicina, que aponta como possíveis causas:

*""Disponibilidade da laqueadura tubária; crença de que esse tipo de parto é indolor e preserva a anatomia vaginal para ds relações sexuais; falta de reembolso de anestesia para o parto normal; falta de acesso da população à informação sobre os riscos das cirurgias obstétricas; conveniência médica; falta de equipamentos adequados para a monitorização fetal e materna, forçando o médico a abusar da cesariana; incentivos financeiros diretos e indiretos para médicos e hospitais e a distribuição injusta do acesso à tecnologia médica-obstétrica, tendo as populações de baixo risco com acesso maior do que de alto risco. (CFM, in SINASC/RS 97 -98, pág. 216).*

O número de consultas pré-natais está assim distribuída no ano de 1998: 6% com nenhuma consulta; 26,1% com até 6 consultas e 63,7% com mais de 6 consultas.

Informações referentes a mãe, nos mostram que, nos municípios que constituem a 3ª CRS, 21,2% das mulheres estão parindo entre os 10 e 19 anos de idade; 65,6% entre 20 e 34 anos e 12,8% entre 35 e 49 anos. Um dado relevante aponta que a maioria das mulheres, ou seja, 60,8%, ainda possuem 1º grau incompleto, seguidas de 14,3% com 1º grau completo, 14,8% com segundo grau completo e 5,2% com grau superior. A percentagem de mães sem nenhuma instrução é igual a 2,7%.

Os indicadores tem apontado um acréscimo no número de mulheres que estão parindo com menos de 19 anos, no RS e, no Brasil, esta também é a tendência, sendo motivo de reportagem do Jornal Zero Hora, de 19/08/2000, onde lê-se *"Mães meninas - a adolescência é a única faixa etária do Brasil em que o número de gestações está aumentando. A melhor forma de prevenir os problemas causados pela GRAVIDEZ PRECOCE é combater a desinformação. "* Aponta também, que no Brasil, um em cada quatro partos realizados pelo SUS em 1999, eram de mães com menos de 19 anos.

O coeficiente de fertilidade na região, que significa o nível reprodutivo potencial da população, baseado no número de mulheres fecundas em relação ao número total de mulheres (atualmente utiliza-se a faixa etária dos 15 aos 49 anos), com base em nascidos vivos em 1998, estava em 66,45/ mil, apontando uma diminuição se comparado com o ano de 1992, cujo coeficiente era de 76/mil.

O coeficiente de natalidade tem decaído nos últimos anos, em 1994 representava 20,1/mil e em 1998 era de 17,79/mil.

Com relação as causas principais de óbito em 1997, os municípios da 3ª CRS registraram um total de 6.188 óbitos, seguindo os indicadores do Estado do RS, tendo sido verificadas em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório (2.116); seguidas de neoplasias (1.181) e doenças do aparelho respiratório (725). Foram registradas apenas 9 mortes decorrentes de gravidez, parto e puerpério, sendo que 166 óbitos foram atribuídos a algumas afecções originadas do período perinatal (que inicia com 22 semanas de gestação e termina 28 dias após o parto).

O coeficiente de mortalidade infantil no RS, em 1997, estava em 15,9/1000 nascidos vivos. Este coeficiente na 3ª CRS é de 20,7/1000, ocupando o não privilegiado local de terceira regional com maior coeficiente de mortalidade infantil.

Como principal causa de morte em menores de 1 ano encontram-se afecções originadas no período perinatal (54,6%), seguido de anomalias congênitas (15,2 %), doenças do aparelho respiratório (11,1%) e doenças infecciosas e parasitárias (6,3%). Em crianças com 1 ano de idade, a principal causa de morte é a de doenças relacionadas com o aparelho respiratório, e dos 2 aos 4 anos as causas externas encabeçam as causas de morte, permanecendo como a principal causa de morte até os 39 anos de idade.

A partir dos 40 anos as doenças do aparelho circulatório lideram a causa de morte, seguidas das neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório.

A expectativa de vida ao nascer tem aumentado nos últimos anos no RS, entre 1971 e 1973 era de 66,65 anos; entre 1979 e 1981 subiu para 68,8 anos e entre 1995 e 1997 a expectativa é a de viver em média 71,68 anos. Na 3ª CRS a expectativa de vida, está em torno de 70,3 anos, portanto abaixo da média do Estado e ocupando a penúltima colocação entre as demais Coordenadorias.

A apresentação destes dados, não constituem-se apenas em taxas ou números. Na verdade, expressam de forma sintética o modo de nascer e morrer das pessoas que vivem nesta região. Por outro lado, devem indicar também, as formas de atenção à saúde, o direcionamento desta atenção e nortear as práticas profissionais.

Assim, pelas razões expostas anteriormente, acredita-se que as práticas de saúde e de enfermagem, devem levar em conta que *“há uma indiscutível unidade entre saúde e doença, como elementos necessários e contraditórios que afloram sobre a condição da vida e da morte. A saúde é a afirmação da vida e a doença sua negação, porém se interrelacionam. A doença existe como possibilidade de um estado de saúde, mas como realidade, pressupõe um determinado nível de saúde”* (Domínguez e Henriques, 1987:31).

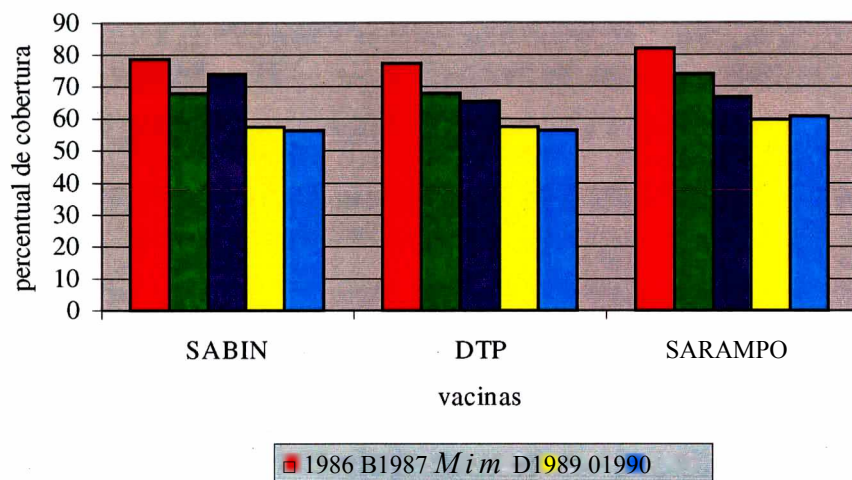
Nesta região as doenças infecto contagiosas possíveis de prevenção através da imunização, encontram-se sob controle. Se observarmos as coberturas vacinais dos anos de 1986 a 1990 (gráfico 1), notamos que na época houve uma tendência a queda nos indicadores de cobertura vacinal, que atualmente ao observarmos o período de 1996 a 2000 (gráfico 2), apresentam a tendência ascendente. Vários fatores tem contribuído para que isto aconteça e no decorrer da apresentação dos resultados da pesquisa poderemos discutir a participação do enfermeiro nesta mudança.

No Brasil, tendo em vista a alta mortalidade e morbidade de doenças preveníveis através de vacinas, foi implantado, em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI) , que passados quase 30 anos, mostra que o investimento em prevenção através de imunização pode ser observado a longo prazo, com a melhora dos indicadores.

A partir do ano de 1980, mudou-se a estratégia de combate a poliomielite prioritariamente, com realização de campanhas nacionais de vacinação, num único dia para todo o território nacional. Esta é uma mobilização de inúmeros setores da sociedade civil e dos órgãos públicos, com a colaboração de instituições de ensino.

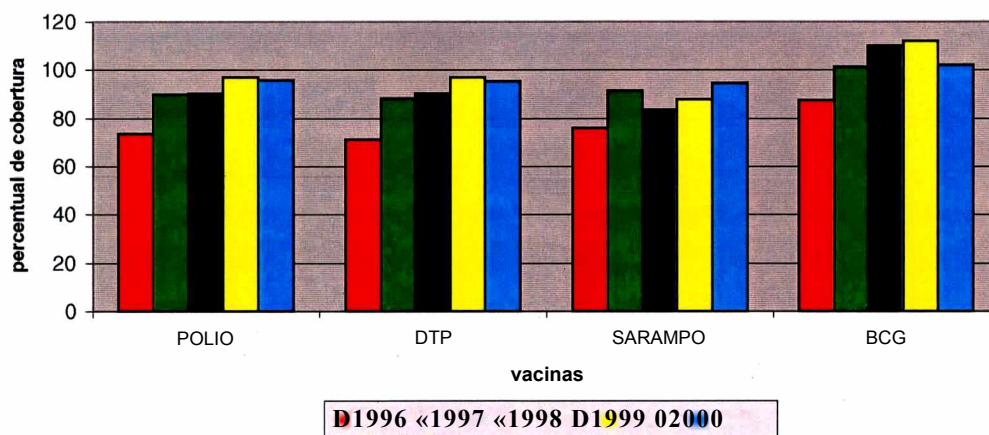
O esforço concentrado permitiu que o Brasil, recebesse no ano de 1995, a certificação internacional de erradicação da doença em seu território.

**Gráfico 1 - Cobertura Vacinai acumulada em menores de 1 ano, 3<sup>o</sup> DRS, 1986-1990. Pelotas, 2000.**



Fonte: SSMA/RS

**Gráfico 2 - Cobertura Vacinai acumulada em menores de 1 ano. 3<sup>o</sup> CRS, 1996 - 2000 (até 07/00). Pelotas, 2000.**



Fonte: 3<sup>o</sup> CRS/SES/RS



QUADRO 4 - Meta e Cobertura Vacina acumulada em menores de 1 ano até o mês 07/00 - 3<sup>o</sup> CRS/ RS - Pelotas, 2000.

MUNICÍPIOS	META (até mês 07/00)	POLIOMIE-LITE Cobertura %	TRÍPLICE D.T.P Cobertura %	SARAMPO Cobertura %	B.C.G Cobertura %	HEPATITE B Cobertura %
Amaral Ferrador	49	128,57	128,57	93,88	100	132,65
Arrolo Grande	205	93,66	93,66	93,17	72,20	99,02
Canguçu	434	115,44	115,44	111,06	91,94	110,83
Capão do Leão	273	65,57	65,20	68,50	23,08	55,31
Cerrito	61	18,03	18,03	24,59	26,23	22,95
Chui	35	128,57	128,57	145,71	102,86	134,29
Cristal	84	98,81	98,81	96,43	101,19	91,67
Herval	77	114,29	114,29	94,81	88,31	100
Jaguarão	315	94,29	94,29	109,52	116,51	83,81
Morro Redondo	49	112,24	112,24	71,43	83,67	95,92
Pedro Osório	75	128	128	136	85,33	122,67
Pelotas	2.907	94,74	94,12	94,67	115,58	93,7
Piratini	161	94,41	94,41	68,94	90,68	84,47
Rio Grande	1.867	88,27	88,27	88,7	103,43	85,11
Sta. Vitória do Palmar	308	112,99	112,99	112,99	94,81	107,79
S. José do Norte	246	102,03	102,03	91,46	84,15	102,44
S. Lourenço do Sul	384	101,82	100,78	102,08	108,59	98,18
Turuçu	35	148,57	148,57	114,29	57,14	151,43
3 <sup>o</sup> CRS	7.540	95,57	95,27	94,59	102,24	92,59

Fonte: 3<sup>o</sup> CRS/RS, Pelotas.

Atualmente discute-se o retomo de doenças que já se consideravam sob controle, como é o caso da tuberculose. Os dados oficiais com relação ao avanço da tuberculose

podem ser visualizados a seguir, e coloca a região da 3ª CRS, como a segunda área de maior incidência da doença no Estado do Rio Grande do Sul. Este é um problema efetivo dos serviços de saúde pública. Sabemos que a medicação para o tratamento da doença só está disponível no serviço público, devendo ser um fator que permite um melhor acompanhamento dos casos, mas a prática comprova o alto índice de abandono no tratamento da doença, que apesar de ser simples, é longo (6 meses). As possíveis causas apontadas pela SES/RS (1999), como responsáveis pelo aumento da incidência na década de 90, deve-se a pelo menos três fatores: piora das condições sócio-econômicas da população, epidemia da AIDS e, desestruturação dos Serviços de Saúde.

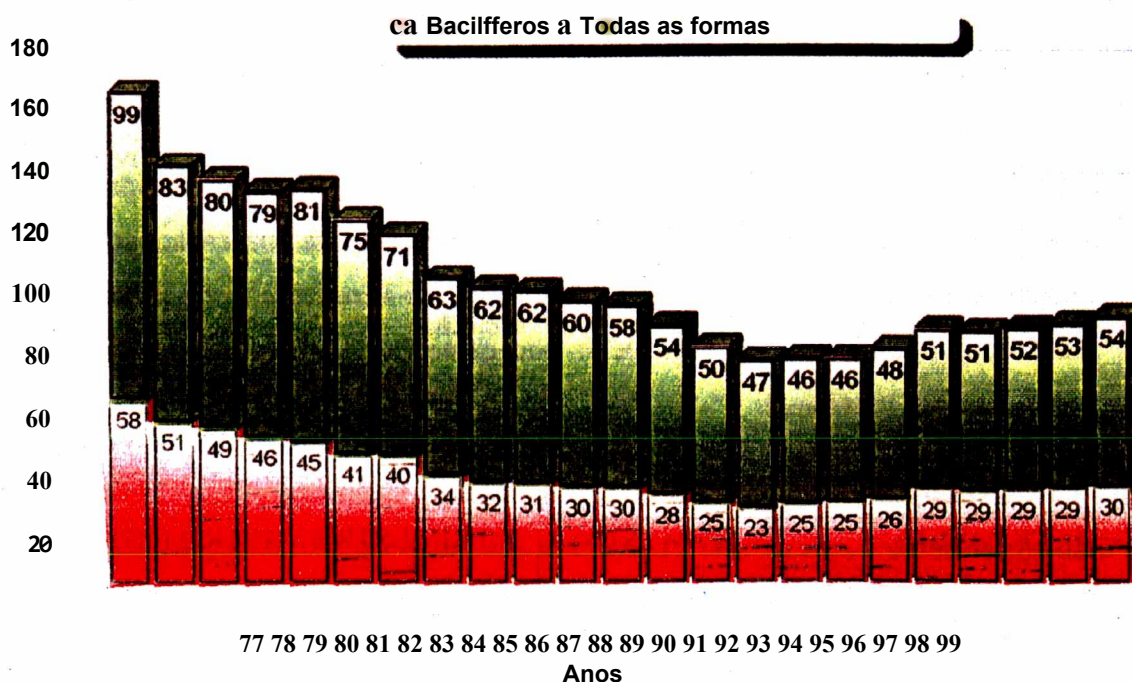
No RS, após a implantação da vacina BCG ao nascer, em 1989, observou-se uma redução significativa na incidência de meningite por tuberculose e, também, das outras formas de tuberculose na infância na última década, em função da cobertura vacinal estar mantendo-se próxima a 100% no Estado.

Gráfico 3 - Incidência de tuberculose no RS de 1977 a 1999.

• ■ ▽ ■ «4 W ▽ ▽

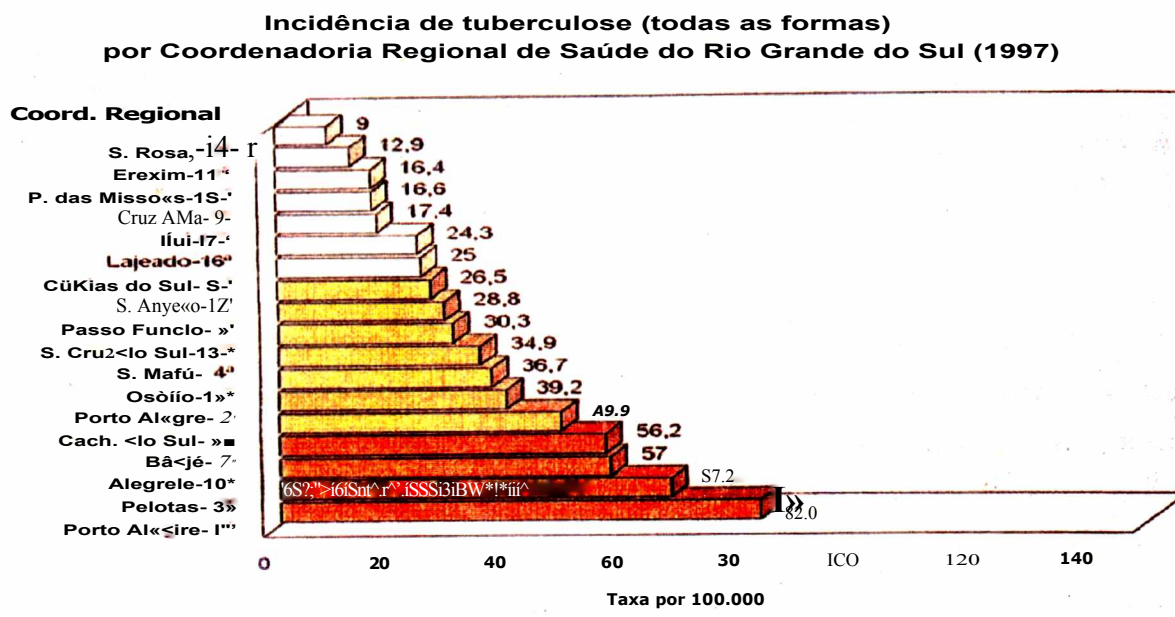
### Incidência de tuberculose (pulmonar bacilífera e todas as formas) no Rio Grande do Sul (1977 -1999)

Taxa por 100.000



Fonte: Relatório de Gestão SES/RS, 1999.

Gráfico 4 - Incidência de tuberculose por CRS/ RS, 1997.



Fonte: Relatório de Gestão SES/RS, 1999.

Com relação aos casos de AIDS, no Estado do RS, até agosto de 1999, haviam sido registrados 11.477 casos em adultos e 1.657 em crianças, totalizando 12.134 casos da doença, oficialmente.

As mudanças no perfil de morbi-mortalidade parecem se relacionar com as mudanças demográficas e epidemiológicas em curso, o que no caso deste estudo; que foi realizado em uma região do Estado do Rio Grande do Sul com problemas sérios de crescimento e desenvolvimento, com indicadores de mortalidade infantil e expectativa de vida piores do que outras regiões do Estado; as causas de mortalidade geral não diferem da realidade estadual. Estas características apontam para a necessidade de avaliar se os serviços estão organizados a partir dos indicadores locais, como forma de leitura da realidade local e de fonte para o planejamento das ações em saúde.

O que se observa é que a prática desenvolvida nos Serviços de Saúde, em especial nos serviços da rede básica, não têm tido o hábito de ter a epidemiologia como base teórica e prática na leitura dos dados produzidos, por um lado. De outro, os Sistemas de Informações em Saúde geram apenas os dados, mas não têm tido também a prática educativa que qualquer Sistema de Informação deve ter no repasse de dados.

O que tem se observado é que os profissionais, entre eles os enfermeiros, que trabalham neste contexto estão absorvidos em trabalhar com a demanda espontânea da população e, mesmo quando realizam as ações vinculadas aos diversos programas instituídos, não conseguem direcionar suas práticas, de acordo com os indicadores de saúde, de modo a causarem impacto epidemiológico pretendido.

Vale lembrar que esse modo de trabalhar está inserido em um contexto maior que é a política da instituição de saúde, que por sua vez, é reflexo de uma política na área econômica e social nas várias instâncias governamentais.

### **III. REFERENCIAL TEÓRICO**

Na busca do conhecimento que subsidiasse as discussões sobre as Práticas dos Enfermeiros em Saúde Pública, hoje, operacionalizadas nos Serviços Públicos de Saúde, fez-se uma breve revisão das origens das Práticas de Enfermagem nesta área, em nível mundial e nacional, vinculando-as com as políticas de desenvolvimento adotadas pelo Brasil, que introduziram o trabalho profissional da enfermagem no País, até chegarmos na atual política de saúde, suas propostas e posicionamento da enfermagem neste contexto, com perspectivas a uma mudança no modelo assistencial, frente as atuais propostas da Política Nacional de Saúde.

#### **3.1 - A ENFERMAGEM PROFISSIONAL, SUAS PRÁTICAS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Florence Nightingale, responsável pela profissionalização da enfermagem a partir de 1860, alertou em 1893, para a necessidade da “enfermagem sanitária”, tendo insistido para que a enfermeira distrital fosse, além de enfermeira dos doentes, uma “missionária da saúde”, tendo no ano seguinte reafirmado a importância do ensino nos lares e recomendado o treinamento de missionários da saúde para atender a esse propósito.

Esta tendência das enfermeiras, em se tomarem visitadoras sanitárias, apareceu com maior força no início deste século estimulada pela expansão do movimento da saúde da criança e, em 1909, a Enfermeira de Saúde Pública passou a existir legalmente, na Grã-Bretanha com a regulamentação de suas qualificações e funções (Rosen,1994). Na cidade

de Liverpool, a comunidade foi dividida em distritos e designado uma enfermeira e uma “senhora visitadora” para cada um dos distritos, combinando as funções de enfermagem, educação em saúde e trabalho social, tendo a iniciativa atraído a atenção de outras comunidades.

Em seu livro sobre a história da saúde pública, Rosen fala da era bacteriológica e suas conseqüências :

*“A Enfermagem em Saúde Pública é nova, mas suas raízes recuam muito ao passado. Uma das raízes veio do impulso didático do Iluminismo, do desejo de melhorar o nível de saúde dos pobres, dando-lhes informações de modo a eles se ajudarem a si mesmos. A outra vinha da tradição de oferecer assistência médica e de enfermagem aos doentes pobres. A Enfermagem em Saúde Pública - na Inglaterra, nos Estados Unidos, e, em menor grau, em outros países - evoluiu da interação dessas duas tendências no interior do contexto social e sanitário de final do século XIX e começo do XX” (Rosen, 1994:288).*

O mesmo autor relata que, tanto nos Estados Unidos, como na Inglaterra, a enfermagem em saúde pública nasceu da enfermagem distrital e das visitas aos lares, sendo que, o modelo britânico foi importado para a América, onde a enfermagem distrital é introduzida em 1877, em Nova York, empregando enfermeiras diplomadas para assistir aos doentes pobres em suas casas. A assistência de enfermagem em Saúde Pública sempre esteve voltada para atender a problemas específicos, como conseqüência *...a maioria dos programas de enfermagem em saúde pública se organizou sobre uma base especializada, sendo as enfermeiras empregadas como enfermeiras de escolas, de tuberculose, de saúde da mãe e da criança, de doenças transmissíveis e assim por diante” (Rosen, 1994:292).*

Como observa-se acima, a contratação de enfermeiras, dando início ao trabalho remunerado e a organização da profissão no modelo capitalista de produção, iniciou-se com o avanço da industrialização na Europa no século XIX.

No Brasil, a enfermagem institucionaliza-se como profissão regulamentada por leis, no início do século XX, como uma estratégia do Estado de intervenção no espaço urbano para que o país pudesse, efetivamente, ingressar no mercado internacional.

Havia necessidade de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e extinção dos cortiços, como forma de erradicação e controle de doenças que pudessem

prejudicar a exportação. Por isso era necessário combater as epidemias e rever a forma de tratar a saúde das cidades e da população.

Oswaldo Cruz e Emilio Ribas, foram personagens importantes na história da saúde pública brasileira, responsáveis pela estratégia adotada no combate as endemias. Defensores da teoria bacteriológica, consideravam-na como científica e mais adequada para organizar o conjunto das ações no campo da saúde.

A doença, na ótica da bacteriologia, era vista como resultado da agressão externa ao corpo biológico, através de um meio social/natural insalubre. Por este motivo, a importância dada ao saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e proteção da pessoas saudáveis. Propuseram, então, ações no campo da prevenção, que realizassem intervenções de saneamento do meio, vacinação em massa e isolamento dos doentes, com a ajuda da policia sanitária. No campo curativo haviam ações emergenciais, como a aplicação de soro (Merhy, 1997).

As chamadas campanhas higienistas, foram estratégias de atuação e contavam com a participação da polícia sanitária. A vacinação era obrigatória. Os espaços urbanos foram remodelados, principalmente nas cidades portuárias do Rio de Janeiro e São Paulo. No final de 1910 podia-se observar uma queda na mortalidade proporcional por causa. Problemas coletivos de saúde, como a tuberculose, a mortalidade infantil não foram o foco de atenção das autoridades da época apesar de sua magnitude (Merhy, 1997; Campos, 1994), investindo-se em doenças que pudessem inviabilizar a exportação, demonstrando a preocupação econômica imediata.

Na avaliação de Campos (1994) a Saúde Pública, no Brasil, estava na dependência dos interesses imediatos do desenvolvimento econômico, tanto em relação à definição de prioridades e de prática, desde as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz.

A década de vinte caracterizou-se pela implantação da Reforma Carlos Chagas que propunha investimentos em propaganda e educação em saúde e em saneamento, veto da admissão em fábricas de menores de 12 anos, criação da licença-gestante e programa de visitadoras. Através da Lei Eloy Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPs, que eram organizações assistenciais independentes dos trabalhadores

(Pires, 1989) e, ao que Mehry (1997:204) chamou de, “embrião das novas políticas sociais”.

Para Lyda (1994:50-51),

*“é pelo Código Sanitário de 1918 e pela Reforma de 1925 que a Saúde Pública cria e impõe sua área de atuação e sua autoridade no aparelho estatal. E a partir de então, incorporará, além do controle das doenças transmissíveis, a higiene do trabalho, do alimento, do escolar, a lepra, a fiscalização domiciliar da medicina e da farmácia, ampliando, ainda mais, nas reformas de 1931 e 1938, para incluir a tuberculose, a sífilis e doenças venéreas, a assistência dentária e a febre amarela ”.*

Para esta autora, foi este o momento em que demarcou-se, com maior nitidez, o público e o privado, a saúde pública e a assistência médica privada de caráter liberal, ainda que de forma incipiente, ligada ao setor público, através de auxílios e subvenções estatais.

A enfermagem profissional brasileira nasce dentro desse projeto sanitarista e orientada de acordo com o modelo de formação dos enfermeiros americanos. Na década de 20, o Dr. Carlos Chagas, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, visitou os Estados Unidos, conhecendo o trabalho profissional de enfermagem nos padrões nightingaleanos e *“entendeu ser este profissional da área da saúde o elemento necessário à estratégia governamental sanitarista ”* (Pires, 1989:129).

Dentre as propostas apresentadas pelas enfermeiras americanas ao governo brasileiro, como estratégia de trabalho na Saúde Pública, estava a implantação de uma escola de enfermagem moderna, baseada nos moldes americanos, formando assim, profissionais diplomados para o preparo de visitadoras sanitárias. Assim, em 1923, é criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, que em 1926 passou a ser denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Néri<sup>■\*</sup>, tendo o curso duração de dois anos e oito meses. O Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, consolida efetivamente o exercício profissional da enfermagem no país, referindo-a como escola-padrão (Pires, 1989:133).

---

■\* Ana Justina Ferreira Néri, foi voluntária na Guerra do Paraguai (1864-1870) e, pelo seu desempenho foi condecorada pelo governo brasileiro com o título “Mãe dos Brasileiros”, sendo um exemplo a ser seguido por todos os enfermeiros, traduzindo-se nos significados de abnegação, da dedicação e da obediência, devendo ser disciplinado e obediente (Germano, 1983:24-25).



Germano (1996:105) quando fala sobre o ensino da enfermagem no Brasil, refere que “ *assim nasce a enfermagem moderna no Brasil e, até a década de 30, o mercado de trabalho para o enfermeiro concentra-se na área da saúde pública.*”<sup>^</sup>

Para Melo (1986: 65), o trabalho da enfermagem no Brasil já nasce dividido, pois os profissionais formados pela Escola Ana Néri assumem as chefias dos Serviços de Saúde Pública ou, o ensino e, neste caso, começam a preparar pessoal auxiliar, as visitadoras sanitárias, que executariam o serviço. Assim, o trabalho manual fica sob a responsabilidade do pessoal auxiliar e o trabalho intelectual, de supervisão e ensino, para os enfermeiros.

O trabalho colocado em prática foi uma estratégia pensada pela classe médica, atendendo a interesses de governantes. Portanto, o trabalho da enfermagem fica subordinado a classe médica hegemônica e serve para a estruturação da política de saúde da época, preocupada, principalmente, com o saneamento dos espaços urbanos. Como coloca Germano (1983:25), o enfermeiro tinha que ser “*alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade*”.

Segundo Castro apud Antunes (1996:87-88), a assistência prestada pelas enfermeiras em domicílios, com atendimento de caráter individual, eram reguladas por normas fixadas no Manual para as Enfermeiras de Saúde Pública do Brasil, sendo que este manual foi preparado em 1928 pelas enfermeiras americanas. Segundo este Manual, as enfermeiras diplomadas brasileiras podiam desenvolver atividades ligadas ao pré-natal, a maternidade, ao pós-natal, a higiene infantil, ao pré-escolar, ao controle da tuberculose e de outras doenças contagiosas. Também estava previsto “*ordens fixas para enfermeiras de saúde pública que deveriam ser seguidas somente no caso de não haver outras ordens médicas*”.

É importante acrescentar a contribuição de Pires (1989:134), quando coloca que :

“ *A enfermagem se organiza, como a medicina, organicamente ao projeto da classe dominante do país. Além de servir ao seu projeto de*

---

<sup>^</sup> Na realidade, já em 1890 havia uma escola de enfermagem, nascida no próprio Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, denominada escola Alfredo Pinto, fundada em razão da saída das irmãs de caridade do Hospício de Pedro II, por não concordarem com a direção que assumiu o Hospital e pela necessidade de formar pessoal para o atendimento. O objetivo era direcionado para a psiquiatria e o corpo docente formado apenas por médicos e psiquiatras daquela Instituição. (Germano, 1983:26-27).

*implantação e estruturação, tira as mulheres do ambiente doméstico, como meta de vida, e as coloca no mercado de trabalho explorando ideologicamente os sentimentos cívicos de servir a pátria; o espírito de religiosidade, de caridade e altruísmo cristãos; garantindo a manutenção da figura do médico como elemento central da assistência em saúde e não questionando em nenhum momento o papel social que a nova profissão irá desempenhar. Os valores e a ideologia dominante fi)ram absorvidos como sendo valores e a ideologia da enfermagem. ”*

A crise mundial de 1929, afetou profundamente a burguesia cafeeira. Na década de 30, inicia-se o êxodo rural, provocando o agravamento dos problemas sociais brasileiros. Com o avanço do processo de industrialização e a oferta de emprego nas cidades, deslocou-se o polo dinâmico da economia para os centros urbanos e criou-se uma massa operária, que precisava ser atendida pelos Serviços de Saúde, assim como, as suas famílias.

A criação do Estado Novo, na década de 30, baseou-se no ideário da justiça social. Andrade, um dos ideólogos deste novo governo, citado por Gomes apud Lyda (1994:56), referia que: *“O trabalho seria a fi)rma de valorização do homem, pois através dele o homem conquista a prosperidade econômica, cultural e intelectual, o respeito e a proteção do Estado. O trabalho - outrora fi)rma de escravidão - é hoje um meio de emancipação da personalidade. ”*

Constituíam-se nestas bases, um Estado capitalista que incrementou o processo de industrialização no Brasil, mudando o enfoque da assistência em saúde, em que o importante, então, já não é sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas manter a mão-de-obra com toda sua capacidade produtiva. É observado, neste período, uma perda relativa de espaço da Saúde Pública com uma expansão da assistência curativa, embora os problemas de saúde prevalentes da população continuassem a requerer ações de prevenção, por persistirem as precárias condições de vida da população brasileira.

Merhy (1997:207-208) escreve que: *“durante a fi)se de 1930 a 1937, a saúde pública praticamente se reduziu à atuação campanhista pelo conjunto do país, como se perseguisse a tomada de posse do espaço geográfico nacional. Foi uma conjuntura que mostrou grande influência dos herdeiros da “Liga de Saneamento” ^ e na qual se*

---

\* A *Liga de Saneamento* existia desde 1910 e buscava uma ação social que saneasse a zona rural a fim de se constituir um povo saudável, racialmente forte, ao mesmo tempo que permitisse a ocupação do interior do país.

*favoreceu os projetos verticais permanentes baseados nos projetos bacteriológicos e médico-sanitários, com combate a grupos específicos de doenças.*

Campos (1994:39-40), atenta para a diminuição dos recursos, investidos no setor saúde no governo nacional pós-trinta, e *“consequentemente a diminuição do poder político necessários para a regulamentação da organização e novos limites são colocados à intervenção “técnica” dos programas e ações da Saúde Pública”*. Neste momento, o Brasil investia seus recursos para avançar no processo de industrialização e a saúde pública deixa de ser considerada requisito básico necessário ao desenvolvimento.

Na década de 40, o governo brasileiro e o governo americano, assinaram um convênio e implementaram o Serviço Especial de Saúde Pública -SESP, que de acordo com Merhy (1997:206) *“é um dos marcadores das instituições de saúde pública no país, particularmente através de suas propostas no campo das programações de saúde”*. Este serviço deveria permitir a ocupação de regiões importantes para a produção de borracha e minério, em função da Segunda Guerra Mundial, e os grandes responsáveis pela sua implementação foram os “jovens turcos”, denominação dada por Merhy (1997) aos jovens sanitaristas, que já na década de 20, vinculados ao Departamento Nacional de Saúde Pública, defendiam a especialidade na carreira médica na área da Saúde Pública e o trabalho integral nas instituições estatais.

Estes “jovens turcos”, juntamente com o núcleo de sanitaristas paulistas, foram os responsáveis por organizar cinco Congressos Brasileiros de Higiene, na década de 20, e influenciaram o desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, fazendo-se presente até a reforma administrativa da década de 60.

Segundo Lyda (1994:99), havia a *“preocupação dos sanitaristas na organização de unidades agromédico-sociais para o atendimento da população rural dentro de uma concepção de desenvolvimento comunitário, na qual a educação teria um papel fundamental, assim como a contribuição das ciências sociais”*.

O discurso da Higiene, na década de 40, dominavam a totalidade dos discursos da saúde e da Educação Sanitária ou da Saúde. Alguns temas constituem-se em metas a serem atingidas, tais como: a formação de recursos humanos, controle das doenças transmissíveis.

educação sanitária, mortalidade infantil e seus componentes - atenção à maternidade e à criança, além de outras temáticas que sustentariam o investimento sanitário como, a questão da migração, a questão rural, o planejamento urbano e a identidade nacional.

O processo saúde-doença apesar de ser um fenômeno coletivo de saúde, era entendido como determinado pelas questões próprias das pessoas, por isso o uso do termo “consciência sanitária”, como necessária para alcançar a saúde, através da educação no campo da higiene, do meio e do indivíduo. De acordo com Merhy (1997), tecnologicamente, a medicina e a Saúde Pública eram entendidas como campos distintos onde a medicina tinha como objetivo curar através do exercício da clínica e da terapêutica e, a saúde pública atuaria no campo da prevenção e promoção da saúde através da educação sanitária, da higiene e da organização administrativa dos serviços.

Nesta mesma época estruturaram-se serviços assistenciais, tais como, os Centros de Saúde e/ou Posto Sanitário Rural - regionalizados, de caráter público e comandados por sanitaristas, que eram responsáveis pelas questões de saúde pública, e os médicos responsáveis pelo atendimento aos doentes. Estes serviços estavam vinculados às coordenações técnicas mais centralizadas e respeitavam os princípios da administração clássica e científica proposta por Fayol e Taylor<sup>1</sup>.(Merhy, 1997).

Para Campos (1994:41), *“além da Junção de controle social, a assistência médica individual passou também a fazer parte do processo de reprodução e manutenção da força de trabalho, conservando-a dentro de certos padrões de higidez historicamente necessários ao regular funcionamento da produção”*. A assistência prestada era financiada, ainda na década de 40, através dos recursos financeiros arrecadados pelos Institutos de Previdência Social, que nesta época, apresentam crescimento. Esta rede de assistência médica, de caráter individual não obedecia a um planejamento sistemático, portanto, obedecia a dinâmica do mercado e as pressões do movimento sindical.

No ano de 1949, é regulamentado o ensino de enfermagem e dos auxiliares de en-

---

<sup>1</sup> A administração proposta por Taylor caracterizada pela “gerência científica” baseada em contribuições da ciência positiva, racional e metódica, colocando a mão de obra do trabalhador a serviço do capital, garantindo a produtividade e melhorando a forma de trabalhar, o que traria vantagens para toda a sociedade, Pires (1996:24).

fermagem no Brasil, através da Lei nº 775, ocorrendo então, a primeira reforma do currículo do curso de enfermagem. Segundo Germano (1983), não houve uma mudança sensível entre o currículo de 1923, quando ocorreu a implantação da Escola Ana Néri e o de 1949, ambos privilegiavam as disciplinas de caráter preventivo, apesar do mercado utilizador dos Serviços de Enfermagem apontarem forte tendência para um modelo individual e curativo, numa visão hospitalocêntrica, espelhada no modelo americano de atenção à saúde. Neste momento, a mão de obra da enfermagem concentra-se na área hospitalar, pois o processo de industrialização implementado a partir da década de 30, cria necessidade de atendimento curativo aos trabalhadores e seus familiares, como já citado anteriormente.

Antunes (1996), coloca que, a partir dos anos 50, a prática de intervenção direta no domicílio praticamente desaparece, permanecendo apenas em algumas práticas específicas, como as visitas a tuberculosos e aos casos de doenças transmissíveis agudas, a cargo de auxiliares de enfermagem.

É neste momento, que o trabalho dos enfermeiros volta-se, então, para a assistência hospitalar e ambulatorial, ligados aos hospitais públicos, com ações de controle da expansão de doenças transmissíveis, principalmente ações de caráter curativo. Algumas enfermeiras da época criticavam este modelo e lembravam a necessidade de se substituir a assistência meramente curativa, pela assistência integral, visando à promoção, proteção ou à recuperação da saúde do paciente ou à sua reabilitação, segundo Lima apud Antunes (1996).

Esta tendência é confirmada por Germano (1983:37), ao falar sobre o mercado utilizador da mão de obra de enfermeiras, aponta que *"enquanto em 1943, de 334 enfermeiras em serviço ativo, 66% trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais, em 1950, 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e apenas 17,2% na saúde pública"*.

Data desta época a criação do Ministério da Saúde, em 1953 que, através do Departamento Nacional de Endemias Rurais, manteve as campanhas como instrumento técnico de controle de problemas de saúde, como a malária, por exemplo. Porém não

tinham nem a eficácia nem o impacto esperado, em função de serem episódicas. As ações realizadas pelo Departamento, associavam-se à ocupação da região Centro-Oeste do Brasil.

Nas unidades agromédicas-sociais, que tinham por finalidade, segundo Lyda (1994:99), “*promover a fixação do homem rural através de um serviço de assistência agromédico-social, visando a elevação do padrão cultural e econômico bem como dos índices de saúde das populações rurais*”, o trabalho era de responsabilidade de uma equipe multiprofissional de médicos, agrônomos, educadoras sanitárias, dentistas, enfermeiras e professoras, que recebiam colaboração da American International Association. As atividades desenvolvidas nas escolas tinham caráter essencialmente educativo.

A mesma autora escreve que, na década de 50, no setor da saúde, já havia a idéia de uma racionalidade via planejamento, com discursos que defendiam a separação entre administração e política, correspondendo às novas condições econômicas e políticas, no Brasil e na América Latina, como resultado da agudização dos conflitos sociais, expressos no Brasil pelos movimentos reivindicatórios nessa mesma década e, externamente pela Revolução Cubana, em janeiro de 1959.

Também neste período a Organização Pan-americana da Saúde -OPS, recomenda aos governos que ao “*programar e negociar o financiamento do desenvolvimento econômico, incluem programas de saúde pública, que são essenciais e complementares aos econômicos, e assessoria técnica da OPS para reformulação dos programas*” (Lyda, 1994:107).

Ao falar sobre este período da história brasileira, Mehry (1997:210), refere que:

“*o correr das décadas 50 e 60 foi palco de uma intensa disputa que, partindo da matriz médico-sanitária, trouxe para o centro do debate muitas outras questões e projetos que genericamente se dividiram em duas grandes linhas: uma que pregava a necessidade de investir cada vez mais em serviços de saúde para melhorar o perfil de saúde do povo, e uma outra que via a necessidade de investir em melhoria das condições de vida que determinariam uma melhora do perfil de saúde dos vários grupos sociais, como consequência.*”

Como defensor da melhoria das condições gerais de vida, Mehry (1994) destaca a atuação do sanitarista Mário Magalhães da Silveira que acreditava, entre outras coisas, que deveria ser buscado um padrão tecnológico próprio de ações de saúde, de maneira mais racionalizadora, com menores custos, com integração de vários campos de atuação e sem comércio no setor. Com isto romperia-se a dicotomia entre assistência médica e saúde pública, subordinando a prática médica à lógica da saúde pública.

*“Assim, pela primeira vez, de um modo explícito e como produto da análise crítica dos modelos anteriores e das políticas até então instaladas, apareceu nitidamente a discussão de um modelo tecno-assistencial baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde, cujo ponto de apoio seriam os serviços permanentes, “planejadamente” elaborados. Além disso, os serviços eram concebidos como públicos, ordenados segundo necessidades epidemiologicamente equacionadas, e conforme recursos dimensionados a partir da relação de adequação entre custos e benefícios, de acordo com os recursos existentes e tecnologia disponível” (Mehry, 1997:212).*

Porém, as políticas na década de 60, com o golpe militar de 64, permitiram condições políticas para a hegemonização de um modelo do Sistema de Saúde em oposição ao discutido na 3ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, de 1963. Desta forma, estruturou-se um modelo centrado na assistência médica, comercializada e tendo a Saúde Pública como auxiliar. Politicamente incrementa-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social através da incorporação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1967.

O ensino da enfermagem, neste período, com o parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação, sofre iminente alteração considerável, pois o novo currículo deixa em plano secundário a questão da Saúde Pública e privilegia as clínicas especializadas de caráter curativo. As adequações realizadas estavam de acordo com o investimento no setor curativo na assistência. A disciplina de Saúde Pública deixa de ser obrigatória no currículo mínimo, passando a ser ofertada como especialização, caso o aluno queira continuar os estudos após a graduação.

Sobre o INPS, Mendes (1995:22) escreve que, “ a criação do INPS constitui um fato paradigmático na conformação do modelo médico e assistencial privatista”. Cita

como principais características deste modelo, segundo Oliveira e Teixeira apud Mendes (1996): a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; a prática médica, curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial e uma prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina.

A fase conhecida como a do “milagre brasileiro”, que vai de 1968 a 1973, caracterizou-se pelo grande crescimento econômico, com concentração de renda e arrocho salarial. A taxa de mortalidade infantil no período e o número de acidentes de trabalho atingiram índices alarmantes; ocorreram epidemias, como a meningite, em São Paulo, e que foram encobertas pelo governo da época.

Em 1972, neste contexto, ocorre uma nova revisão no ensino da enfermagem, com o parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação (que atualizou o currículo do curso de enfermagem, adequando-se aos princípios da Reforma Universitária), mas não houve nenhuma mudança substancial em relação ao parecer anterior. Apenas veio reforçar a necessidade do enfermeiro dominar, cada vez mais, as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica e centralização da assistência de enfermagem na área hospitalar, “*em nada contribuindo para a preocupação maior com os problemas básicos de saúde*” (Germano, 1983:40). A Saúde Pública passou de especialização para habilitação, também de forma optativa.

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento- PND e, tendo como referencial doutrinário a Teoria dos Sistemas, originou a Lei 6.229 que institucionalizou o modelo médico-assistencial privativista, definindo as competências das instituições públicas e privadas. Propôs mecanismos de integração e coordenação: as ações de saúde pública “não rentáveis” ficaram para o setor estatal e as ações de atuação médica “rentáveis”, a cargo do setor privado, intermediado pela Previdência Social.

O II PND, através das diretrizes do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, recomendou a criação de Cursos de Enfermagem em todas as Universidades Federais com a maior brevidade possível. Foi de acordo com esta



política que criou-se o Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, com o ingresso da primeira turma no ano de 1977 e, nos documentos oficiais de sua criação encontramos que o referido Curso,

*“Terá por objetivo fundamental formar profissionais que através da compreensão do homem como elemento bio-psico-social em constante adaptação ao meio, seja capaz, de atuar nas várias fases do ciclo saúde-enfermidade. Para tanto o enfermeiro deverá ser capaz de: prestar e administrar cuidados de enfermagem; educar para a saúde o paciente, família e comunidade; promover meios para o desenvolvimento de enfermagem com utilização do método científico e ministrar ensino ao pessoal sob sua direção” (Ata nº 05/76, Conselho Universitário — UFPEL).*

Data desta época, ou seja, 1977, o documento intitulado “Modelo Geral da Enfermagem”, elaborado pelo setor de Enfermagem da Secretaria Nacional de Ações Básicas da Divisão Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, no qual preconiza-se uma enfermagem centrada nos dogmas da racionalidade, da eficiência, do conformismo com a carência de recursos para a saúde, legitimando o papel do enfermeiro de saúde pública como supervisor de equipe.

Esta racionalidade (inclusive a de se conformar com os poucos recursos em saúde), nos faz lembrar da tão propalada capacidade que a enfermagem deveria ter em relação a improvisação. Era comum e se dizia, inclusive, que essa era uma das habilidades a adquirir, o que, muitas vezes, colocava em risco, tanto o sujeito trabalhador de enfermagem quanto o sujeito usuário dos Serviços de Saúde.

Seria também, de acordo com o documento acima, competência do enfermeiro de nível local, implantar os programas de saúde preestabelecidos, identificando as necessidades de material e de adequação de pessoal, supervisionar, avaliar o resultado dos programas e o desempenho do pessoal de enfermagem, controlar equipamentos e recursos, assistir à comunidade em situações de emergência e calamidade e participar de pesquisas operacionais (Antunes, 1996).

Neste modelo não é realizado nenhuma referência sobre o planejamento da assistência integral de enfermagem, de acordo com as necessidades da população, nem da participação da população na decisão de prioridades para as ações em saúde.

Para Antunes (1996:94), *“executor de programas verticais, auxiliar do médico e controlador de recursos limitados: essa parece ser a expressão do mito fundador dos cuidados de enfermagem em saúde pública na década de 70”*.

A mesma autora aponta como avanços e contradições, entre os documentos da mesma época, no modo de ver o trabalho da enfermagem, pois no documento “Os Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem à Comunidade”, elaborado em conjunto pela Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde, em 1977, encontra-se o seguinte: a necessidade de planejamento da assistência de enfermagem detectando grupos de risco, definindo prioridades e estimulando a participação da comunidade na identificação de problemas.

Frente a estas contradições, neste período, é que a medicina de grupo ganha respaldo nacional, sendo viabilizada através do convênio-empresa, constituindo-se numa nova forma de relacionamento entre Previdência Social e empresa contratante, passando esta a responsabilizar-se pela atenção médica aos seus empregados, recebendo em troca um subsídio da Previdência.

Em 1977, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias com um modelo médico com graves problemas por excluir parcelas expressivas da população (desempregados ou empregados sem carteira assinada), bem como, manter o foco da atenção em ações curativas.

Enquanto é este o quadro brasileiro, em nível mundial discute-se um outro modelo de atenção à saúde, sendo escrita, em 1978, a primeira Carta expressando a necessidade de uma ação em prol da proteção e promoção da saúde em todos os povos do mundo, como o documento da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma - Ata, na antiga União Soviética.

A Declaração de Alma-Ata reafirma que a saúde é um direito humano fundamental, apontando a desigualdade existente no estado de saúde dos povos, é política, social e economicamente inaceitável, constituindo-se objeto da preocupação comunitária de todos os países. Aponta o desenvolvimento econômico e social como de importância

fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos e para a redução da lacuna entre estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. Afirma que poder-se-ia atingir um nível de “Saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000”, mediante o melhor uso dos recursos mundiais para acelerar o desenvolvimento econômico e social, incluindo os cuidados primários de saúde, como parte essencial, com o engajamento de organizações internacionais, governamentais ou não, agências financeiras e governos. (Declaração de Alma-Ata apud CONASEMS, 1998).

O relatório conjunto da OMS e UNICEF sobre cuidados primários de saúde constituía-se em sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo (Declaração de Alma-Ata, 1978).

A Declaração de Alma-Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986) e a Carta de Bogotá (1992) são marcos referenciais do conceito de saúde para todos como um direito fundamental do ser humano e a preocupação com a promoção da saúde tem suas raízes no movimento sanitário, consistindo em proporcionar as condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (Carta de Ottawa, 1986).

No Brasil, no final da década de 70, embora a política de saúde oficial tivesse enfoque privatista, curativo e centrado no indivíduo, ocorre o ressurgimento dos movimentos sociais reivindicatórios e a reorganização da sociedade civil com a participação de importantes intelectuais e sanitaristas, defendendo uma Reforma Sanitária que atendesse os reais interesses e necessidades da maioria da população brasileira, resgatando a participação da sociedade civil nas decisões sobre o investimento na área pública, fortalecendo, dessa forma, o papel dos cidadãos.

Em 1981, no Programa de Ações Básicas da Saúde, é criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária - CONASP. Segundo Mendes (1996), o Plano do CONASP colocou como alvo a integração das ações de saúde, mas desdobrou-se, na prática, em vários projetos racionalizadores, sendo um deles, o Plano de Racionalização Ambulatorial, o que levou a proposição das Ações Integradas de Saúde - AIS, em 1983.

As AIS, nascem como uma estratégia em conjunto, do Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social, como uma forma de reorientação do Sistema Nacional de Saúde, na busca da racionalização dos recursos alocados ao setor saúde, dando ênfase às diretrizes de integração interinstitucional; participação e controle social; descentralização e universalização do atendimento. As AIS constituíram-se em estratégia de integração programática entre as Instituições de Saúde Pública federais, estaduais e municipais, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a Política Nacional de Saúde.

Em 1987, é criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo da AIS. O SUDS avançou rumo a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços, ao mesmo tempo em que, no Congresso Nacional, construía-se o desenho constitucional da saúde.

Mendes (1995), coloca que os profissionais oriundos do movimento sanitário são levados para dentro de instituições federais (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e INAMPS), significando uma institucionalização do projeto de Reforma Sanitária.

Nesse sentido, a reforma sanitária para Mendes(1995), baseou-se em três aspectos fundamentais: na conceituação de saúde, no entendimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado e, na proposta de instituição de um Sistema Nacional de Saúde que tivesse como princípios essenciais: a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

Sobre este assunto Campos, (1994:52-53) escreve o seguinte:

*" ...na medida em que ocorreu este deslocamento de poder para as instituições tradicionalmente voltadas para a Saúde Pública, ocorreu simultaneamente um acirramento da disputa política pelo controle dessas instituições ( Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde). Ou seja, forças sociais que defendem o predomínio do mercado, que vêem como uma "mão invisível" capaz de organizar a prestação de serviços de saúde, agora voltam-se para a disputa do poder dentro destas instituições. Assim, os proprietários de hospitais, de empresas médicas e mesmo amplos setores da categoria*

*médica que advogam a superioridade da prática liberal, viram-se obrigados a disputar o controle destes organismos, agora responsáveis pela Saúde Pública e pela assistência médica individual de amplos contingentes populacionais, o que termina por dificultar a manutenção dos ideólogos desta reforma nos cargos anteriormente utilizados para realizá-la. ”*

Os princípios e diretrizes do atual Sistema de Saúde -SUS, tem sua origem nas discussões da 8<sup>ª</sup> Conferência Nacional da Saúde, que ocorreu em 1986, em Brasília. Esta Conferência, constituiu-se em um grande fórum de debate dos diferentes setores da sociedade civil organizada e de instituições oficiais de saúde e marcou pelo seu caráter democrático. Ampliaram-se conceitos, como o de saúde, esmiuçando o entendimento de ‘bem estar’, resultante de um conjunto de fatores, tais como; alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e acesso a serviços de saúde, sendo que o dever do Estado, não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Como vimos anteriormente, a Carta de Ottawa já contemplava esta ampliação na conceituação de saúde.

Com a Constituição Brasileira de 1988, a saúde passa a ser entendida como um direito fundamental do ser humano, sendo o Estado responsável na garantia de condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A saúde, inserida em um contexto histórico de determinada sociedade, num dado momento de seu desenvolvimento, deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas, visão que vem ao encontro da determinação social da doença e da importância do controle social. É, na verdade, um exercício de cidadania, sabendo que esta, não é um bem dado, mas sim, um processo que constroeu-se no dia a dia, implicando em reivindicações na luta pela defesa dos direitos sociais.

O direito a saúde e a garantia do Estado ao usufruto desse direito é uma condição que se produz a partir de uma idealização dos próprios direitos sociais, vistos como inerentes à condição de ser humano, tal como implícito na teoria dos direitos naturais. Tais discussões foram amplamente debatidas na 8<sup>ª</sup> Conferência Nacional da Saúde.

Na análise de Omellas (1995:188),

*“... o reconhecimento do direito à saúde, enquanto direito social e de cidadania, e da atribuição ao Estado do dever de garantir esse direito, significou, necessariamente, a formulação de uma política de saúde, no âmbito das políticas sociais. E faz também emergir um conjunto de questões que envolvem as políticas de saúde, questões relacionadas, principalmente, com a prestação de serviços de saúde e a complexidade de sua gestão e os limites de sua eficácia ”.*

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, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS, organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente como prevê a Lei 8080/1990 .

Para esta proposta , o Distrito Sanitário seria o espaço onde se poderia, junto com os usuários dos serviços, debater os principais problemas de saúde e a partir dele, sairiam as propostas de formas de intervenção, tendo a comunidade como uma das fiscalizadoras das ações.

A enfermagem constitui-se em significativo contingente da força de trabalho em saúde que atua no SUS. Realiza suas práticas num contexto social e político, historicamente definido e, portanto, para a realização de seu trabalho necessita conhecer as dificuldades enfrentadas pelos cidadãos (sendo que ela própria deve compreender-se como tal) na consolidação das propostas do atual Sistema de Saúde. Para isto, é indispensável o conhecimento das políticas de saúde implementadas nos municípios, sendo um assunto que precisa ser discutido e compreendido pela enfermagem.

Apesar das conquistas no plano jurídico-formal com o novo Sistema de Saúde, na prática não se observou as mudanças desejadas e já, em 1992, na 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema central “ Saúde; Municipalização é o Caminho”, fortaleceu-se a idéia do SUS, reforçando a importância do controle social nas gestões locais mas, também, chamando atenção para a necessidade de uma política de recursos humanos, tanto para o gerenciamento único das diferentes esferas, como investimento na qualificação dos recursos humanos existentes e na formação de novos profissionais.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1996, discutiu a importância da participação e do controle social como garantia da implantação deste novo sistema. A

Norma Operacional Básica - NOB do Sistema Único de Saúde, lançada em novembro de 1996, é publicada com o objetivo de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição da responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando assim, para a consolidação do SUS.

A partir desta NOB os municípios podem optar por municipalizarem seus serviços sob duas formas de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Cada uma delas com responsabilidades, requisitos e prerrogativas distintas. O município passa, então, a ser de fato o responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo e das intervenções saneadoras em seu território.

Na avaliação de Bueno apud Mehry (1997:195), a NOB 96 apresenta equívocos no seu processo de construção que poderão retardar efetivos avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegie a vida e a construção da cidadania, apesar de ser um importante instrumento na operacionalização do sistema e apresentar avanços na relação intergestores e na política de financiamento do SUS.

Denuncia, assim, a fragmentação da integralidade da atenção, criando o que chamou de cesta básica, formada pelos recursos do Piso Ambulatorial Básico - PAB, incentivo aos Programas de Saúde da Família - PSF e de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, para os cidadãos mínimos e, com isso deixa livre para expandir-se, o setor privado, como prestador de assistência hospitalar e especializada, na medida em que caberá ao Subsistema de Distritos de Saúde credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais, os quais competirão, tanto na qualidade e nos custos dos serviços, com os hospitais públicos não estatais e com os hospitais privados.

A lógica do financiamento é a do procedimento, ou seja, é cobrado aquilo que é realizado, induzindo o consumo de procedimentos que tragam maior lucratividade aos prestadores.

Com relação a negociação do repasse da verba aos municípios, esta inclui uma parcela fixa que vem a ser o PAB, em função do número de habitantes e uma parcela

variável que é em função do número de serviços utilizados nos municípios, referentes a exames laboratoriais, internação hospitalar, etc. Os Programas PACS e PSF , entre outros, não estão incluídos no teto discutido e caso os municípios optem por estes, recebem um “plus” a mais, que irá depender da quantidade de equipes destes programas e também do percentual da população atendida por estas equipes.

Na enfermagem, a participação nas discussões de uma nova proposta de atenção à saúde fez-se através de seus órgãos representativos, principalmente através da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, a partir de meados da década de 80, com o movimento Participação, com o intuito de despertar na categoria uma análise crítica da saúde, enquanto prática social, levando esta à discutir o seu papel dentro do contexto histórico.

O fato destas discussões ainda ocorrerem de forma incipiente, alertam-nos de que há necessidade de investir desde a formação destes sujeitos, para que no futuro, tenhamos profissionais mais comprometidos política e eticamente com a comunidade.

Aponta-se a educação como uma forma de auxiliar os indivíduos a compreensão de si mesmos enquanto cidadãos e enquanto membros participativos da sociedade, com direitos a adequadas condições de saúde e vida.

A educação com outro enfoque, não mais higienista, mas como estratégia de transformação de realidade social e de saúde, de acordo com Marziale ( 1995:177-178) requer: *“...aumento da consciência crítica através da intervenção educacional, que procura não meramente fazer com que as pessoas pensem nos problemas, mas que examinem criticamente suas vidas, suas circunstâncias e o ambiente em que vivem, para então agirem como uma comunidade e pressionarem os políticos para implantação de políticas mais adequadas.”*

Almeida e outros autores falando sobre ‘A Situação da Enfermagem nos Anos 80’ (1989, p.57) colocam que *“...na década de 80, a crise na enfermagem se agrava juntamente com a crise do modelo de saúde que já vinha ocorrendo desde os anos 60. E a enfermagem começa a questionar o seu próprio trabalho, a quem serve, como é realizado e em que condições. Vê a necessidade de participar em outros movimentos sociais da luta geral por melhores condições de saúde e de vida.”*



Estas reflexões referem-se, também, a formação do enfermeiro e seu exercício profissional, abrindo dessa forma, um espaço para a construção de uma nova prática. Prática esta voltada à saúde coletiva e que para alcançá-la, segundo Almeida & Rocha (1997:62), “...o trabalho de enfermagem tem se diversificado, indo desde o “cuidar” de enfermagem, seja do indivíduo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde.

O enfermeiro, como responsável pelo conjunto de ações assistências que competem à enfermagem, responde não só pelas ações de cuidados diretos, que constituem atuação do profissional enfermeiro, como também, pelo conjunto de procedimentos desempenhados pelos demais membros da equipe de enfermagem. Assume, portanto, um conjunto de ações de natureza gerencial que se expressam em práticas administrativas e educativas, traduzidas em processos de capacitação profissional e atividades de organização de serviços e supervisão.

Segundo o Comitê de Especialistas da OMS (1996:3), o exercício do enfermeiro é um valioso recurso para a saúde. O pessoal de enfermagem constitui, em todo o mundo, um grupo mais numeroso que os demais profissionais da saúde e o exercício da enfermagem tem demonstrado sua constante flexibilidade ao responder

*"as mudanças demográficas, econômicas e sociais e como resultado destes, o exercício da enfermagem é agora um componente chave da assistência sanitária em todos os âmbitos. Estende-se desde a realização de pesquisas de alta tecnologia nos países mais industrializados até a prestação de toda gama de serviços de Atenção Primária de Saúde em regiões mais longínquas de países em desenvolvimento ”.*

Esse mesmo relatório dos especialistas da OMS (1996:4), que discutiu o exercício da enfermagem, reforça a dificuldade da enfermeira em definir seu papel e sua função e, também, refere que é necessário que a enfermeira conheça a comunidade onde atua, do ponto de vista social, ambiental e político, sendo assim expostos;

*“O exercício da enfermagem, embora complexo, também é dinâmico e responde as necessidades de saúde e as demandas dos sistemas de atenção sanitária em evolução. Daí que nem sempre é fácil para uma enfermeira definir e descobrir o que é ser enfermeira. Por outro lado, na maioria desses países, as diversas funções da enfermagem não tem tido uma atenção planejada ou sistemática ”.*

Como forma de operacionalização das propostas de atenção à saúde , no interior do Sistema de Saúde, encontramos o modelo de programação em saúde, ou a implantação de ações programáticas, com o objetivo de atender os grupos vulneráveis e, portanto, com maior risco de adoecer e morrer.

A discussão no cenário das Políticas de Saúde e, em especial em sua operacionalização, diz respeito a forma como se pode atingir os objetivos do Sistema de Saúde, em que se tem admitido, nestas últimas décadas, a opção por trabalhar com ações programáticas (planejamento normativo) em oposição ao planejamento pensado estrategicamente.

A programação em saúde não é só uma opção técnica, mesmo porque esse tipo de operação, dentro do arcabouço das organizações, é largamente adotado. Ao se adotar apenas o eixo da programação em saúde, se está optando politicamente para o norte da atenção, que por ser a única forma adotada, tende a fragmentação das ações em saúde e, em especial dos sujeitos usuários dos Serviços de Saúde.

Planejar, estrategicamente, a saúde significa pensar a saúde em todos os âmbitos, isto é, seus determinantes e condicionantes, além da participação dos atores envolvidos em todos os cenários onde a saúde é pensada.

Para Lana e Rocha (1997:126) *“a programação se estabelece como organização tecnológica da assistência à saúde, com o objetivo principal de ampliar e diversificar as ações dos centros de saúde, por meio de um plano de funcionamento voltado para atender grupos populacionais específicos, tais como gestantes, crianças e adulto ”*.

Campos (1994:59) entende que

*“Programas são simplesmente recortes de um conjunto de problemas sanitários, definidos segundo critérios supostamente técnicos e epidemiológicos; mas que, na verdade, são escolhidos e selecionados antes da aplicação de técnicas de programação a partir de pressões sociais, políticas e econômicas....Assim, montam-se linhas de produção para controlar alguma doença epidêmica ou endêmica, ou algum problema de elevada prevalência, incorporando-se pedaços (que podem ser elegantemente denominados de elementos) de clínica, de técnicas epidemiológicas e de educação em saúde....Esta idéia de se organizar os serviços públicos de saúde através de Programas ou de Ações*

*Programáticas resulta, via de regra, de uma indisposição do Estado de gastar em saúde, decorrendo daí a necessidade de recortes. ”*

Mendes (1996:250), ao expor a opção teórico-metodológica de se trabalhar na prática da vigilância da saúde (forma de denominação que se impõe a construção social de uma nova prática sanitária) com o enfoque da atenção por problema como alternativa à forma convencional de organização dos serviços de saúde, que é o enfoque por programas, coloca que o programa pressupõe definição apriorística dos problemas de saúde por *doença (hipertensão, tuberculose), por categoria profissionais (médico, enfermeiro), por etapas do ciclo biológico humano (criança, adolescente, adulto, idoso), por atividade sanitárias (vigilância sanitária e epidemiológica), por inserção no mercado do trabalho (saúde do trabalhador), ou ainda, por grupos étnicos (saúde do índio), trabalhando, desta forma, com microproblemas ”.*

Assim, os programas, ao adotarem uma formatação reducionista, são insuficientes para responder aos desafios de uma realidade articulada por problemas complexos e mal-estruturados.®

Na prática, ao se manifestar as ações de saúde nas Unidades Sanitárias - US, sob a forma exclusiva de Programa (o da criança, o da gestante, o do hipertenso, etc.), estes, como já referido, fragmentam a atenção, pois quase sempre são lineares e verticais. Tem levado, quase sempre, os profissionais de saúde a se encastelar nos mesmos (como propriedade e única opção no atendimento dado por ele) por um lado, por outro, em decorrência, também, se intemalizam nas US, esperando que a demanda específica de seu programa (ou programas) se manifeste, extemalizando a sua prática quase que, exclusivamente, numa relação bio-clínica.

Assim, perde-se o todo da qual faz parte a US (área geo-política-social e cultural de abrangência da US), ao mesmo tempo que a do sujeito usuário que busca assistência.

---

\* Para Mendes, a vigilância da saúde, é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde, e para sua construção, necessita de estar fincada em três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade. Sobre este assunto ler “Um Novo Paradigma Sanitário: a produção social da saúde in Mendes, E.V. Uma Agenda Para a saúde, 1996.

A organização dos Serviços de Saúde na perspectiva da Atenção Integral (que pressupõe planejar estrategicamente) parece ser, nos dias de hoje, a necessidade mais urgente em que se há que reforçar a busca. Esta busca tem se configurado com profundas dificuldades culturais e conceituais, além de existirem obstáculos objetivos (a hegemonia médica, os investimentos na formação dos trabalhadores, dentre outros), para tornar operativo esta forma de pensar e fazer a saúde.

A Atenção Integral em Saúde requer, além da compreensão de que a saúde é um fato social, também, sensibilidade, acolhimento, interação entre os Serviços de Saúde e população, entre os profissionais e entre esses últimos e a população em geral, em particular, com os usuários dos Serviços de Saúde.

A Atenção Integral em Saúde, segundo a OPS/OMS (1988), conseqüente com o conceito integral de saúde, supõe o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação dirigida às pessoas e ao meio ambiente, com o objetivo de elevar o nível de saúde, controlar os riscos e superar os danos que podem ser produzidos, atuando de forma preventiva.

Na perspectiva da Atenção Integral em Saúde não se descarta, “a priori”, a possibilidade da programação. A diferença está dada pela concepção, quer dizer, há que se estar atento aos riscos e, nestas circunstâncias medidas organizativas devem ser tomadas.

Na verdade, aqui se manifesta a relação indissolúvel entre a organização dos Serviços de Saúde e as informações advindas da prática em saúde.

Assim, sob certas circunstâncias (com apoio instrumental sócio-sanitário e epidemiológico) se poderá pensar em determinado programa, sendo que agora, com a concepção de horizontalidade, não se constituindo como base conceitual de todas as ações em saúde desenvolvida em nível das imidades de saúde.

Assim, o conteúdo das ações em saúde estará determinado em cada momento de acordo com as condições econômicas, sociais, culturais da vida das populações, a capacidade de produzir bens e serviços e a forma de distribuí-los, que em última instância incidem nestas características, bem como a disponibilidade de recursos para atender as prioridades e o desenvolvimento de Políticas de Saúde.

Na prática, segundo a OMS/OPS (1988), na Atenção Integral em Saúde, estão associadas as técnicas e práticas da clínica, da epidemiologia, da sociologia, da economia, da ecologia, materializadas na integração dos profissionais de saúde, os quais constituem a equipe interdisciplinar, cujas características específicas se definem em cada tipo de organização dos Serviços de Saúde.

Neste sentido, o conceito de trabalho em equipe, interdisciplinar que caracteriza a Atenção Integral em Saúde, se complementa com o caráter intersetorial das atividades, onde deve-se desenvolver a maior parte das ações em saúde, para incidir e atuar o mais próximo possível da população onde vivem e trabalham (OMS/OPS, 1988).

Para Toraño e Capote Mir (1996), essa transformação da organização dos Serviços de Saúde se nutrirá da descentralização que, a cada dia, incorporará mais participação social organizada, a sensibilidade, o acolhimento, como já referido, como bases de sustentabilidade dos processos de produção social em saúde. Quer dizer, os indivíduos (sejam trabalhadores, sejam usuários ou não) se convertem em sujeitos desse processo, na busca e conquista de Serviços de Saúde equânime e ético em todas as dimensões.

As US não serão mais aquela porta de entrada do sistema, como muito se tem falado, e que não tem garantido o acesso nos demais níveis do Sistema de Saúde a toda a população, mas o espaço geo-populacional e social, onde deve se buscar/encontrar expressões concretas para atenção a vida das pessoas, superando a lógica da população não como objeto de atenção, mas como sujeitos de seu desenvolvimento. É nesta perspectiva que a Educação em Saúde ganha força como instrumento chave para a sustentabilidade e irreversibilidade dos processos e resultados alcançados (Toraño e Capote Mir, 1996).

A forma de organização da Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (SSMA-RS), até 1998, estava centrada nos Programas de Saúde, que foram revisados em 1997 e distribuídos aos municípios para atualização, através das Delegacias Regionais de Saúde (DRS). Os programas servem para orientar a forma como o Estado propõe que sejam trabalhados os diferentes problemas de saúde e definem as responsabilidades e atribuições dos profissionais, sendo que, com a descentralização das ações, fica a cargo dos municípios a implementação dos mesmos, tendo o Estado como

suporte técnico e fornecendo material em algumas situações específicas, como por exemplo, no Programa de Imunização. Ver Anexo I (listagem dos Programas SSMA - RS e atribuições da enfermeira, quando discriminado).

Com a mudança de governo no RS, em 1999, a SSMA, passou a denominar-se Secretaria Estadual de Saúde - SES, e as DRS, passaram a designar-se Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS. A proposta de mudança, de acordo com o Relatório de Gestão/1999, não é apenas na nomenclatura mas, também na forma de relação com os municípios. Desta forma, as Coordenadorias passam a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica e financeira e de diálogo com os municípios, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, seguindo os princípios do SUS.

Com relação ao respaldo legal da participação do enfermeiro nas ações programáticas, a legislação da enfermagem estabelece que o enfermeiro poderá realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, como também, ao integrar imia equipe de saúde, poderá realizar a prescrição de medicamentos e solicitação de exames previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (Decreto nº 94.408/87, que regulamenta a Lei 7.498/86).

Para isso é necessário a existência de normatizações nas Instituições de Saúde, os enfermeiros no Rio Grande do Sul, iniciaram recentemente o encaminhamento de Protocolos, para a solicitação de exames e prescrição de medicamentos, aos gestores de saúde, a fim de, obterem o respaldo institucional legal, em situações específicas.

Na revisão dos conteúdos dos Programas da SSMA-RS, revisados em 1997, aparecem como atribuições da enfermeira as ações assistenciais, de supervisão, administrativas e educativas. A orientação aparece como principal função da enfermeira e contempla a equipe de enfermagem, a clientela da Unidade de Saúde e comunidade em geral.

As atividades administrativas englobam os registros, previsões e controle de material, realização de pedidos e encaminhamentos aos mveis centrais (Secretaria

Municipal ou Coordenadoria Regional). A supervisão está relacionada, basicamente, com as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

A contratação de enfermeiros para atuarem junto aos serviços de atenção básica, na maioria das vezes, está relacionada com a supervisão das ações de saúde desenvolvidas pela equipe auxiliar e, também, para a prestação de assistência na área materno-infantil, onde os programas, já implementados na década de 80, nas AIS, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC, ampliaram o espaço de trabalho para a enfermagem, necessitando assim, de regulamentação.

Recentemente as contratações de enfermeiros estão relacionadas com o interesse dos municípios em implantar o PACS e o PSF.

Para Almeida & Rocha ( 1997:78) o modelo de programação em saúde perde seu espaço, na medida em que, a força hegemônica é do modelo clínico, centrado na assistência individual e atendendo a demanda espontânea dos serviços. Para estas autoras, *“o grande desafio da saúde coletiva na conjuntura atual é organizar e canalizar esta assistência médica individual em direção ao modelo epidemiológico com assistência integral, continuidade e resolutividade ”*.

Há necessidade de reorganização da política de saúde frente a crescente implantação do SUS, obrigando a reformulação dos programas de saúde. Como vimos, no decorrer da revisão realizada, os programas foram criados a partir da década de 20, com estrutura verticalizada, como os programas da hanseníase, da proteção infância, da maternidade, da malária, da tuberculose e outros que, mudando de nomes mas, mantendo a concepção e lógica de funcionamento, com planejamento no nível federal e entregues aos estados e municípios como pacotes normativos. O regime autoritário nos anos 60/70 reforçou essa prática centralizadora.

Tendo o SUS, como princípio fundamental, a descentralização da gestão da saúde, ou seja, a saúde passando a ser planejada no nível local, deixa essa lógica sem sentido. A descentralização é reforçada pela essência do conceito de promoção da saúde, pressupondo a intersetorialidade das ações, o planejamento a partir do município, o envolvimento e a

participação da comunidade nas definições das políticas públicas, visando a promoção da saúde e não apenas o atendimento da doença.

Segundo Souza (1999), a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, está reorganizando os antigos programas em eixos, ou “clusters”, que são os seguintes: *Ciclo da Vida* (criança, adolescentes, adulto, mulher e idoso). *Controle de Enfermidades, Transmissíveis* (tuberculose, hanseníase e DST/AIDS), *Não Transmissíveis* (cardiovasculares, diabetes, doenças reumáticas e saúde ocular). *Mudanças Sociais e Saúde* (acidentes e violência, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde do portador de deficiência) e *Desenvolvimento Humano e Tecnológico* (assistência farmacêutica, alimentação e nutrição).

Essa alteração transforma programas em áreas técnicas. Funcionalmente, a ação dos programas continua existindo, agora revista e com novo significado. O nível central passa a dar ênfase às funções de assessoria aos estados e municípios, bem como, colabora na implementação das políticas específicas e fazem acompanhamento e avaliação das mesmas.

Para o município a mudança significa empregar os recursos (agora sob gerenciamento do gestor local com o controle do Conselho Municipal de Saúde), na solução de problemas identificados como prioritários, adotando um conjunto de ações, enfocando desde os fatores de risco até as ações assistenciais ou de recuperação.

Como exemplo dessa organização, Souza (1999), cita o Projeto CARMEM (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis), através do qual, o município, com a ajuda do Estado, identifica a preponderância de fatores de risco na ocorrência de doenças crônicas, através de um diagnóstico que envolva a comunidade. Uma vez, identificados os fatores de risco, são definidas ações intersetoriais, com o objetivo de reduzir tais riscos, direcionando ações na mudança de hábitos, abordando questões relacionadas ao sedentarismo, alimentação e stress, na busca de uma vida mais saudável.

Nas palavras de Souza (1999:34), *“Reformular, não acabar, programas de saúde tem sido uma tarefa difícil, pois a tradição gera uma força que cristaliza comportamentos*



*organizacionais. Implementar novos movimentos na instituição federal torna-se possível quando ela permite, por decisão política de seus dirigentes, torna-se não resistente mas ressonante da mudança, que a sociedade em suas múltiplas representações assim reclama.”*

Essas mudanças são reivindicações da sociedade e impulsionadas pela atualização no conceito de promoção da saúde, tendo o setor saúde a responsabilidade de buscar alcançar o conceito de saúde proposto nas Conferências Internacionais, Nacionais e na Constituição Brasileira, através da promoção de articulação das políticas públicas de modo a assegurar os meios necessários, e as mudanças sociais necessárias à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças em estilos de vida, processos de trabalho e formas de lazer.

As experiências canadenses de “cidades saudáveis”, demonstram que é possível deslocar, progressivamente, a ênfase na doença para integrar a importância da qualidade de vida onde o principal ator é o cidadão inserido em seu ecossistema. O I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, ocorreu em 1998, no Ceará, com o objetivo de reunir gestores locais de municípios brasileiros que desenvolvem experiências na área de Municípios Saudáveis, juntamente com autoridades e instituições acadêmicas para a discussão da pertinência da construção de Municípios Saudáveis no Brasil, definindo critérios e parâmetros para a aplicação deste termo.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde uma Cidade Saudável é

*“aquela em que autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários, trabalhadores e a sociedade, dedicam esforços constantes para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorar convivência, desenvolver a solidariedade, co-gestão e democracia” (CONASEMS, Municípios Saudáveis, Agosto, 1999).*

Sabe-se da importância do papel da educação na vida dos indivíduos. Saúde e Educação andam lado a lado; são inseparáveis. As mudanças estruturais pensadas como estratégias de intervenção, devem pensar a escola como uma instituição onde se fomenta saúde, não apenas no nível da graduação mas sim, desde o início do aprendizado.

estimulando estilos de vida saudáveis que poderão contribuir para uma vida adulta também saudável. A Iniciativa de Escola Promotoras de Saúde, proposta pela OMS, dentro da estratégia de Promoção da Saúde, caracteriza-se por estimularem os alunos, pais, funcionários e membros da comunidade a trabalharem juntos e checarem suas prioridades e planos de ação, tendo a educação como um requisito prévio da saúde.

Desta forma, observa-se que toda esta proposta baseia-se na Promoção da Saúde, tendo os trabalhadores da saúde e da educação um papel fundamental de contribuir para esta proposta. A enfermagem neste contexto, assume um importante papel mas, também, encontra uma série de entraves, no que se refere ao rompimento do modelo assistencial.

Um desses entraves, ao meu ver, está na formação acadêmica dos profissionais de saúde, que ainda reforça as práticas de saúde em um corpo anatomopatológico, nimo modelo clínico hegemônico e que não prepara para o atendimento integral ao indivíduo e ao trabalho em equipe, baseados na clínica e na epidemiologia que inclua a esfera social e a participação do indivíduo no processo. Assim fazendo, inviabiliza-se discussões que ultrapassem essa perspectiva. Há necessidade de buscarmos nas ciências sociais algum suporte para o entendimento do processo saúde-doença, aproximando-nos, assim, das diretrizes e propostas do SUS.

As mudanças curriculares discutidas nos Cursos de Graduação de Enfermagem na região, na década de 90, e em processo de implementação, têm como tentativa reverter esta falha no processo de formação dos profissionais.

Alguns estudiosos da enfermagem, frente a esta necessidade, desenvolvem conhecimentos importantes para a profissão. No final da década de 80, no 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, discutem-se teorias sobre a enfermagem enquanto trabalho, inserida em uma sociedade capitalista, realizando uma aproximação da profissão com a discussão do processo de trabalho.

Na década seguinte, divulga-se uma proposta de intervenção em saúde coletiva, denominada Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC, que trata *“da sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada*

*coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado, de intervir nesta realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção ”* (Egry,1996:11).

Estudiosos da enfermagem, destacando-se aqui, Germano (1983), Melo (1986), Almeida et al.(1989), Almeida & Rocha (1997), Castellanos (1988), Pires (1989, 1996 e 1999) Leopardi (1999), Antunes (1996), Egry (1994), dentre outros, têm apontado para a necessidade de repensar a prática da enfermagem a partir da compreensão do processo de trabalho em saúde e na enfermagem.

Na publicação da ABEn sobre os resultados da pesquisa do CIPESC, Barbosa et al (1999:90), escrevem o seguinte;

*“a criação de novas práticas em saúde exige o repensar crítico acerca do processo de trabalho em saúde. Compreende-se por processo de trabalho a atividade humana socialmente constituída, revestida de intencionalidade de determinada consciência que preside o processo, da sociedade - onde o trabalho humano é guiado por necessidades suas e as dos outros grupos sociais-, e a historicidade, entendida como a dinâmica das transformações sociais determinadas pelas relações entre os seres humanos através de seus trabalhos ”.*

Neste sentido, a busca que se propõe é da perspectiva do trabalho na saúde com vistas a Saúde Coletiva, que na colocação de Breihl (1991:128-129), a saúde coletiva, representaria uma proposta de transformação,

*“... como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é o objeto da ação, dos métodos para estudar esta realidade e das formas da ‘práxis’ que se requerem. Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente ....a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos empirico-analítico...a saúde coletiva incorpora o método do materialismo dialético. Enquanto a saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado...a saúde coletiva se coloca como recurso de luta popular e da crítica-renovação estratégicas do ‘que-fazer ’ estatal. Enquanto a saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhoras localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical”.*

As discussões a cerca dos balizadores da atenção em saúde, também, estarão presentes na 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, cujo tema “ Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social” nos remete a refletir sobre a forma como estamos realizando nosso trabalho, na busca de uma alternativa de prática.

As Conferências Municipais de Saúde já realizaram-se e, prepararam-se as Conferências Estaduais de Saúde, ou seja, vários setores discutem os rumos do SUS neste contexto e neste processo de discussão denunciam, em texto assinado por Neto et al (2000), a sintonia do Governo Federal com as propostas do Banco Mundial, que visam minimizar a atuação do poder público e ampliar o mercado da saúde, com a redução do financiamento no setor e o aumento do percentual destinado ao pagamento dos juros e amortização da dívida externa, configurando o estado mínimo.

Por outro lado, fi-ente as características de fragmentação da atenção, o documento aponta também, para a importância de, nesta Conferência, retomar a discussão sobre o cotidiano dos serviços de saúde, pois é nesse espaço que as diretrizes da política de saúde, no caso o SUS, ganham materialidade ou não.

Assim, retoma-se a discussão do funcionamento das ações e serviços, no nível de atendimento aos usuários, com relação ao acesso do mesmo à Unidade de Saúde, a humanização e a qualidade do atendimento prestado, com a necessidade do controle social sobre o planejamento e gestão do sistema, garantindo que as políticas definidas no nível da Conferência sejam realmente colocadas em prática.

## **IV. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo - analítico de natureza qualitativa não significando delimitar o fato estudado no momento da ação da prática, mas entender esse momento como construído em um complexo de relações sociais e, buscando dados para conhecer as bases teóricas e políticas que sustentam as práticas dos enfermeiros da região em estudo.

As Unidades Básicas de Saúde, no contexto do SUS, têm grande responsabilidade na viabilização da proposta de atenção integral. Observa-se que os municípios na medida em que, assinam o processo de municipalização da saúde, contratam pessoal, seja através de concurso público ou não, dentre os quais, enfermeiros, cujas práticas são objeto de estudo deste trabalho, pois a ampliação do trabalho de enfermagem observada após a implantação do Sistema Único de Saúde, remete-nos a questionar acerca das caracterizações do trabalho do enfermeiro, limitações e avanços nesta nova proposta de integralidade da assistência à saúde.

Para atingir o objetivo proposto, inicialmente realizou-se uma revisão teórica acerca do trabalho em saúde, forma de organização do trabalho e as diretrizes e propostas da atual Política de Saúde, para então, visualizar o enfermeiro e suas práticas neste contexto.

### **4.1 - CENÁRIO**

O estudo das práticas dos enfermeiros foi realizado na Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, cujos municípios compreendem a 3ª Coordenadoria Regional da Saúde,

estando, portanto, sob a mesma orientação técnica e política em relação as questões da área da saúde.

A região é formada por dezoito municípios e o objetivo do estudo foi o de conhecer o trabalho dos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde de cada município.

Apesar do trabalho de enfermagem ser realizado por profissionais com diferentes qualificações, o foco do estudo foram as práticas dos enfermeiros, por entender que o profissional enfermeiro possui um papel fundamental na reorganização dos Serviços de Saúde na perspectiva do SUS, com uma gama de ações e inserções próprias e que justificam o estudo de sua prática. Ao estudá-las, estaremos, também, vendo-as inseridas no contexto das relações com os demais integrantes da equipe de saúde, dentre estes, os demais profissionais da enfermagem

#### **4.2 - SUJEITOS DO ESTUDO**

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os enfermeiros que atuam em Serviços Públicos de Atenção Básica à Saúde nos municípios da 3<sup>ª</sup> CRS, no período de dezembro de 1999 a março de 2000, momento em que foi realizada a coleta dos dados. A relação nominal dos enfermeiros, por município, foi fornecida pela Coordenadoria Regional da Saúde, totalizando 88 enfermeiros, distribuídos entre 17 municípios, dos 18 municípios da Regional (em um município não havia enfermeiro atuando).

#### **4.3 - COLETA DOS DADOS**

No decorrer do trabalho, os instrumentos para a coleta dos dados foram adequando-se de acordo com a necessidade de responderem ao objetivo proposto. Inicialmente, se pensou em fazer entrevista com alguns enfermeiros e a observação direta. Entretanto, após o pré-teste, decidiu-se em utilizar, para a coleta de dados junto aos enfermeiros, a técnica do questionário em substituição a entrevista.

Assim, os instrumentos para a coleta dos dados foram os que se seguem: questionário, observação e grupo focal.

#### 4.3.1 - Questionário:

Uma vez elaborado o instrumento na forma de questionário com perguntas fechadas e abertas, o mesmo foi testado e validado com a utilização do pré- teste. O instrumento foi testado em um município que não faria parte do estudo e, após a aplicação, realizaram-se as adequações necessárias. Por entender que o objeto do conhecimento em pauta, pela sua importância e magnitude, é que optou-se por coletar os dados através de questionários, com objetivo de poder incluir um maior número de participantes na pesquisa, o que possibilitaria um olhar ampliado sobre o objeto do estudo.

O questionário foi entregue aos enfermeiros que trabalhavam em Serviços Públicos de Atenção Básica em Saúde, na época da coleta dos dados, nos municípios compreendidos pela 3ª CRS, oportunizando conhecer diferentes realidades, inclusive pelas características próprias de cada município com relação a oferta de serviço nesta área.

Do total de 88 enfermeiros atuando na regional, o questionário foi distribuído para 80 enfermeiros pelo fato de: 2 estarem em licença no momento da coleta de dados; 2 trabalharem na rede básica em municípios diferentes, portanto, responderam apenas a um dos locais de trabalho; 3 enfermeiros não receberam (foi deixado na sede da Secretaria de Saúde do município, mas estes não foram contatados); e para 1 enfermeiro que não foi possível contatar mesmo após várias tentativas via telefônica e, por este motivo o questionário não foi enviado.

Os questionários foram entregues e/ou enviados aos enfermeiros, acompanhados de envelopes já selados e endereçados, para facilitar a postagem e devolução dos mesmos.

A entrega dos questionários ocorreu de forma variada, sendo que a grande parte, ou seja, 46 foram entregues pessoalmente; 15 foram enviados via correio após contato telefônico; 17 foram deixados no local de trabalho; 1 deixado em domicílio para familiares entregarem e, 1 foi levado por outro enfermeiro que trabalha no mesmo município. Quando

não se realizou a entrega pessoalmente, fez-se, após alguns dias, contato telefônico para confirmar o recebimento e, como em 3 situações os enfermeiros disseram não haver recebido, realizou-se novo envio pelo correio.

Para controle da distribuição dos questionários, na medida em foram sendo distribuídos, anotava-se o endereço do enfermeiros, telefone para contato e a data da entrega do mesmo para que pudessem ser avisados com antecedência sobre a data da realização do grupo focal. No próprio questionário explicava-se que, posteriormente a análise dos dados, seria realizado um encontro para a discussão das práticas dos enfermeiros e, perguntava-se se havia interesse ou não de participar, como uma forma de verificar a aceitação dos enfermeiros para a realização da discussão.

Os questionários foram entregues no período compreendido entre o mês de dezembro de 1999 a março de 2000. Do total distribuído (80), foram devolvidos 42 questionários até abril de 2000, representando 52,5% dos questionários.

Os dados dos questionários foram analisados previamente (numa análise parcial) para discussão no grupo focal.

#### 4.3.2 - Grupo focal:

Após análise dos dados do questionário, foi realizado contato telefônico com os enfermeiros, confirmando o convite para a participação nos grupos focais e a respectiva data da realização.

Apesar do interesse em participar, alguns antecipadamente, colocaram a dificuldade de deslocamento até Pelotas, pela distância e, também, pelo tempo que teriam de dispor. Outro fato que dificultou a vinda dos enfermeiros foi a proximidade do encontro com a campanha de vacinação dos idosos, pois muitos referiram estar envolvidos com a organização da mesma, não podendo se afastar do município naquele momento. Também, soma-se a estes fatores a realização dos encontros durante a semana (3<sup>ª</sup> feira), o que pode ter inviabilizado a participação de enfermeiros que trabalham em municípios distantes. Mesmo assim, participaram enfermeiros de Pelotas, Rio Grande e Arroio Grande.



Foram realizados dois grupos, em turnos alternados para possibilitar a participação dos enfermeiros que trabalham.

Contou-se com a participação de 18 enfermeiros (10 no grupo da manhã e 8 na tarde), representando 42,85% dos que responderam ao questionários. Nestes encontros, o foco central das discussões foram as práticas dos enfermeiros na rede básica de saúde.

Estes encontros serviram para validar os dados obtidos através dos questionários e proporcionar o conhecimento de outras peculiaridades na execução diária do trabalho, uma vez que, expressaram verbalmente particularidades da prática não descritas na linguagem escrita do questionário.

O grupo focal foi realizado nas dependências da FEO/UFPEL, após solicitação verbal à Direção da mesma. O grupo da manhã contou com a participação de 10 enfermeiros, iniciando às 9:00 horas e terminando às 11:30 horas e, o grupo da tarde contou com a participação de 8 enfermeiros, iniciando às 14:00 horas e com término às 16:30 horas.

A utilização desta técnica de coleta de dados teve, como colocado anteriormente, a finalidade de aprofundar o tema de estudo. Para isto, no momento inicial do grupo foi retomado o objetivo do encontro, o pedido de autorização dos participantes para que o mesmo fosse gravado e, solicitado que os mesmos colocassem abertamente o que fazem nas Unidades de Saúde.

Na medida em que os enfermeiros iam colocando suas práticas, outros intervinham e confirmavam ou contavam como faziam em seus locais de trabalho. Após a colocação de todos, foi solicitado que cada um, em vima palavra, tentasse dizer, dentre tudo o que fazem, o que é o mais importante.

Para finalizar, questionou-se sobre, o que limita o trabalho do enfermeiro nas Unidades de Saúde. Todas estas questões foram muito polêmicas e observou-se que os enfermeiros, ali presentes, estavam dispostos a discutir seu trabalho, fato que enriqueceu a discussão.

#### 4.3.3 - Observação direta no cotidiano

Foi realizada a observação direta no cotidiano de 4 enfermeiros, sendo 2 enfermeiros de zona urbana (Pelotas e São Lourenço do Sul) e 2 de zona rural ( Pelotas e Rio Grande). O critério para inclusão destes municípios, foi o populacional. Para viabilizar esta observação, realizou-se inicialmente, contato telefônico com explicação do objetivo da pesquisa e a disposição do enfermeiro em participar do estudo. Todos os convidados aceitaram participar da pesquisa e autorizaram verbalmente, a observação.

Após combinar o dia e horário, realizou-se o acompanhamento do enfermeiro em imi dia de trabalho. As percepções das observações serviram de “guia” para a análise dos questionários, facilitando a compreensão de temas, que emergiram durante a análise dos mesmos e, dando uma visão mais ampla da dinâmica do funcionamento das unidades de saúde, do trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais da equipe de saúde, neste contexto.

A observação realizou-se no mesmo período de entrega dos questionários.

#### 4.4 - ANÁLISE DOS DADOS

O referencial teórico contribuiu para a fase da análise dos dados, assim como outros estudos nesta temática.

A análise iniciou com a leitura dos questionários no momento da devolução. Após a leitura realizou-se a digitação das respostas às questões abertas. Isto permitiu um agrupamento das respostas de todos os participantes sobre a questão, ao mesmo tempo que possibilitou um novo olhar sobre o assunto em pauta.

Numa nova leitura dos dados, estes foram agrupados manualmente para que a fi-equências das respostas pudesse ser melhor visualizada com relação as questões abertas, identificando desta forma as categorias iniciais, procurando através da leitura sucessiva o refinamento dos dados. Assim, as respostas foram agrupadas e verificadas as significações das mesmas, dentro do contexto geral do instrumento. Aqui, as quantificações sofi-eram

outra forma de avaliação, extrapolando a simples contagem, mas procurando no material escrito o significados dos mesmos.

Para a avaliação das respostas nas questões fechadas, criou-se um banco de dados no epi-Info6, o que possibilitou uma análise das frequências das respostas, através de operações estatísticas.

A fim de, facilitar a análise dos dados, optou-se por agrupar as questões que nos possibilitassem conhecer:

- os sujeitos do estudo - nesta questão buscou-se identificar os sujeitos em relação a sexo, idade, anos de graduado, instituição formadora, anos de trabalho na enfermagem, na Saúde Pública, na instituição pela qual esta respondendo o questionário e na idade de saúde ou na função atual, se possui outro emprego, pós-graduação realizadas, cursos de atualização, participação em algum movimento social ou associação e salário recebido. Correspondem as informações das questões 1 a 5; 7; 13 a 15; 20 e 36.

- as características de local de trabalho dos sujeitos - neste questão agrupou-se os dados referentes a jornada de trabalho efetuada na Instituição, quantidades de turnos de funcionamento da Unidade, localização, se a jornada é integral na unidade, existência de educação continuada no local de trabalho ou na Instituição, se há reuniões de enfermeiros, implantação de programas de saúde no local de trabalho, condições de trabalho e se possui local próprio para desenvolver o trabalho. Fazem parte deste item, as considerações de limitação do trabalho e os desejos na melhoria da assistência de enfermagem prestada. Referem-se às questões 8 a 12; 16 a 19; 27 e 31 a 34.

- as práticas dos sujeitos em saúde pública - a fim de apreender as práticas dos sujeitos foi solicitado aos mesmos que descrevessem um dia de seu trabalho e, também, as demais atividades desenvolvidas no local de trabalho. Como suporte a esta questão foram feitas outras, quais sejam: a organização do trabalho na Unidade de Saúde; a organização do trabalho da enfermagem; se há por parte do enfermeiro a organização de seu trabalho; se conhece a população da área de abrangência da Unidade de Saúde na qual trabalha em relação a alguns indicadores; quais os grupos prioritários atendidos na Unidade de Saúde; quais os principais problemas de saúde da população que é atendida pela Unidade de Saúde

e, se o enfermeiro participa de atividades comunitárias em seu local de trabalho. Estas caracterizações referem-se às questões 21 a 23; 28 a 29 e 35.

- o que pensam acerca do trabalho, do trabalho na saúde coletiva e identificando seu objeto de trabalho - respondem a esta questão os questionamentos acerca do significado do trabalho, do trabalho em saúde coletiva e dos objetos de trabalho. Trabalhou-se com as respostas dos questionamentos 24 a 26.

As discussões ocorridas nos grupos focais auxiliaram a forma de ver os dados apresentados nos questionários, permitindo perceber as subjetividades do trabalho do enfermeiro no dia a dia das Unidades de Saúde. Os encontros dos grupos foram gravados, como citado anteriormente e, após a escuta das fitas e digitação das falas, foram destacados os pontos considerados importantes para contribuir com a análise dos conteúdos dos questionários.

Após esta análise por pontos inicialmente trabalhados, os dados foram novamente trabalhados, dentro de duas perspectivas; os sujeitos do estudo e suas práticas, como verificado nos capítulos a seguir.

## V. RESULTADOS E ANÁLISE

### **Caracterização dos sujeitos do estudo**

Ao se estudar um grupo de profissionais, considera-se importante poder descrever algumas de suas características, que poderão determinar (como um dos fatores) a forma de trabalhar, quer dizer, a ocorrência das práticas serem desta ou daquela forma. O objetivo foi o de traçar o perfil dos enfermeiros que trabalham na Rede Básica de Saúde da região sul do Estado do Rio Grande do Sul.

O estudo contou com a participação de 42 sujeitos com predominância do sexo feminino, representando 90,5% do total.

Vários estudos apontam para o trabalho essencialmente feminino da enfermagem, que desde as suas raízes históricas encontra a predominância das mulheres na prestação do cuidado.

Antunes (1996), ao realizar um estudo sobre os mitos fundadores da enfermagem e sua influência na prática de enfermagem em Saúde Pública no Brasil, encontrou que a história dos cuidados com a saúde, no período pré-medicina científica, confunde-se com o início da história da humanidade e está associada a divisão do trabalho social entre homens e mulheres. Época das cuidadoras virtuosas que, ao realizarem a integração com a natureza no cuidado com o corpo e com os alimentos, descobriram segredos que lhe conferiam poderes sobrenaturais. As mulheres cuidadoras tinham “status” social, e uma relação solidária com a sociedade que lhe conferia valor, respeito e poder.

A Igreja, a partir do século XII, ao se firmar como instituição predominante no mundo ocidental, institui a supremacia do espírito sobre o corpo. Ainda segundo Antunes (1996:56), *“a Igreja para se legitimar precisou aniquilar o poder das mulheres sábias do povo, instituintes do cuidado integral, e, através de normas e bulas papais difundiu a crença do corpo feminino como fonte de pecado e perdição”*. Este conflito entre Instituição Igreja e instituição mulheres virtuosas durou quatro séculos. A Igreja utilizando-se de mecanismos de sanção e coerção, desencadeou durante a Santa Inquisição, a “caça às bruxas”, sendo queimadas as mulheres parteiras, entre outras.

A sociedade patriarcal instala-se neste período, e o cuidado integral, antes realizado pelas cuidadoras virtuosas, volta-se à assistência a corpos doentes ou abandonados, através das preces e exortações das mulheres consagradas a Deus, sob o controle dos padres e da hierarquia da Igreja (Rosen,1994). Este trabalho é realizado, pelas mulheres, em troca da salvação da alma, sem remuneração. *“Ao mito do cuidado feminino, agrega-se um outro para a enfermagem: o espírito religioso, da abnegação e da caridade.”* (Antunes, 1996:61).

No século XVII, o paradigma fundador da medicina separa o corpo biológico e a mente humana: o corpo passa a ser estudado e a medicina científica cria um sistema classificatório dos males do corpo. A fé e as orações são, assim, substituídas por técnicas de tratamento e o médico passa a reivindicar para si a responsabilidade de legitimar condutas e tratamentos.

Segundo Trevisan apud Antunes, (1996:65<sup>^</sup>), *“ através do silêncio e do comportamento paciente, herança das cuidadoras caritativas e sob a autoridade do médico e a rígida hierarquia hospitalar, a enfermagem, agora, já laica, surge para cumprir um duplo papel: o de executora das ordens médicas, servindo ao médico e à doença, submetida ao aparato administrativo-militar hospitalar e o de apaziguadora das aflições e questionamentos dos pacientes e sua família em relação às decisões ao tratamento recebido.”*

Para Antunes (1996:67), no desenvolvimento do ofício de cuidadoras auxiliares de médicos (trabalhadoras assalariadas com baixos vencimentos), mantém-se “os

*conhecimentos herdados para a salvação da alma e a negação de outros conhecimentos que não sejam os oriundos da ciência médica e científica ”.*

Com o avanço do processo de industrialização na Europa do século XIX e o novo modelo econômico, que é o capitalismo, a fragmentação do trabalho na enfermagem, já existente no período das cuidadoras consagradas, define-se como categorias profissionais, diferenciadas não pela produção intelectual, mas pela divisão social.

Almeida et al apud Antunes,(1996), dizem que os Serviços de Enfermagem, ao sair das preces e mãos caritativas da religiosas, se institucionaliza, como na Inglaterra de Florence Nightingale, em duas categorias: as “lady nurses” e as “nurses”. O mesmo ocorre no Brasil no momento da institucionalização do trabalho de enfermagem, cabendo aos enfermeiros a função de gerência de outros profissionais que irão executar as tarefas manuais, simples e repetitivas do processo de trabalho em saúde, no caso, hoje, os técnicos, auxiliares e, atendentes de enfermagem.

Reforça, a história do trabalho de enfermagem ser essencialmente feminino, o fato da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (na época), ter como requisito para ingresso, ser do sexo feminino.

Segundo Vicente (1994) com a precarização do trabalho, decorrente da globalização da economia, as mulheres se encontram também nas situações mais vulneráveis.

Dados do Relatório de Desenvolvimento Humano, da Organização das Nações Unidas - ONU, (1995), referem que as mulheres de todas as regiões do mundo são responsáveis por 53% do trabalho total (remunerado ou não) nos países em desenvolvimento e 51% nos países industrializados. A carga horária diária da mulher é, em média, 13% maior que a dos homens.

Além da marcante presença feminina no trabalho da enfermagem, nesta região do Estado, verificou-se também dados com relação a faixa etária dos trabalhadores e observou-se uma variação entre 25 a 54 anos, com maior representatividade a faixa etária entre 30 a 40 anos, com 62% do total de enfermeiros, tratando-se portanto, de uma

população jovem e com potencial de trabalho, em que esforços devem ser envidados para fortalecer esse potencial.

Ao analisar-se o local de formação dos enfermeiros, identificou-se que a maioria dos sujeitos participantes do estudo realizaram a Graduação na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas - FEO/UFPEL (76,2%), seguido da Faculdade de Enfermagem da Fundação Universidade de Rio Grande - FURG (19%). Os demais realizaram a graduação em outras Universidades gaúchas, ou fora do Estado.

Este dado confirma a importância de ambas, na formação dos enfermeiros que estão hoje, atuando nesta região do Estado, bem como, aponta que os egressos dessas Faculdades permanecem com vínculo local.

Estes profissionais que, hoje, atuam na Rede de Atenção Básica puderam, no decorrer de sua formação (estágios curriculares) do curso de Graduação em Enfermagem, entrar em contato com os serviços locais de saúde, reforçando a importância da interlocução entre as Instituições receptoras dos estágios com as Instituições formadoras de recursos humanos.

Ambas, UFPEL e FURG, iniciaram suas atividades na década de 70, sendo que a atual Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas foi criada no ano de 1977, formando a primeira turma em 1980.

Em estudo realizado por Luz et al (1977), sobre a “Situação de Enfermagem em Pelotas”, as autoras diagnosticaram que, no município de Pelotas, haviam apenas 3 enfermeiros trabalhando, todas em 1 dos hospital (total de 7 hospitais no município). Nos demais hospitais não havia enfermeiro e, os cargos de chefia eram dos auxiliares de enfermagem, sendo que um percentual mínimo destes auxiliares era responsável pela assistência direta, ficando praticamente a assistência sob a responsabilidade dos atendentes de enfermagem.

Não havia enfermeiro atuando na área preventiva, no momento do diagnóstico, e as ações preventivas eram desenvolvidas através de um Centro de Saúde e Delegacia Regional de Saúde.



As autoras concluem o trabalho com estas palavras “*é difícil concluir que a perspectiva existente é de otimismo. Necessário se torna, formar um esquema de ação com o objetivo de melhorar a assistência de enfermagem dispensada a paciente, família e comunidade*” Luz et al (1977:4). Concluíram também, que a enfermagem no município, estava desenvolvendo ações apenas no nível curativo e, apontaram às ações preventivas como um outro campo em que haveria necessidade de investimento.

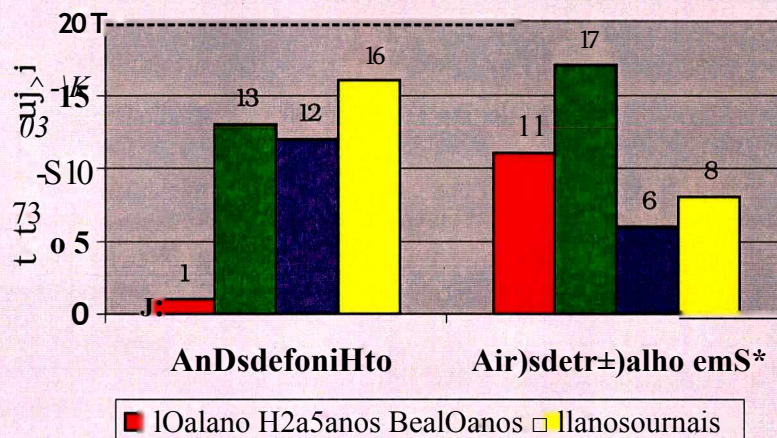
Pela revisão da bibliografia realizada, pode-se observar que o período, ou seja, final da década de 70, é de reorganização mundial sobre as novas formas de atenção à saúde, ganhando força o discurso da Atenção Primária à saúde, nas propostas da Conferência de Alma-Ata, que nortearam o modelo de assistência à saúde em nível mundial e que, no Brasil, viabilizou-se a partir da década de 80.

A área hospitalar foi inicialmente a favorecida com a formação de profissionais enfermeiros nesta região e, a medida em que as propostas da Reforma Sanitária ganham espaço e se institucionalizam, sob a denominação inicial de Ações Integradas de Saúde, na segunda metade da década de 80, abre-se a oportunidade de trabalho para o enfermeiro, junto às prefeituras municipais.

Considerando a 8<sup>ª</sup> Conferência Nacional de Saúde (1986), como um marco em termos de mudanças da proposta do modelo de atenção à saúde e, comparando o tempo de formado dos sujeitos da pesquisa, observa-se que 73,8% dos enfermeiros concluíram sua formação após esta data, ou seja há 13 anos (considerando o ano de 1999, época da coleta dos dados). Presume-se que estes profissionais tenham tido a oportunidade de conhecer, ainda enquanto graduandos, as propostas teóricas de mudanças do Sistema de Saúde.

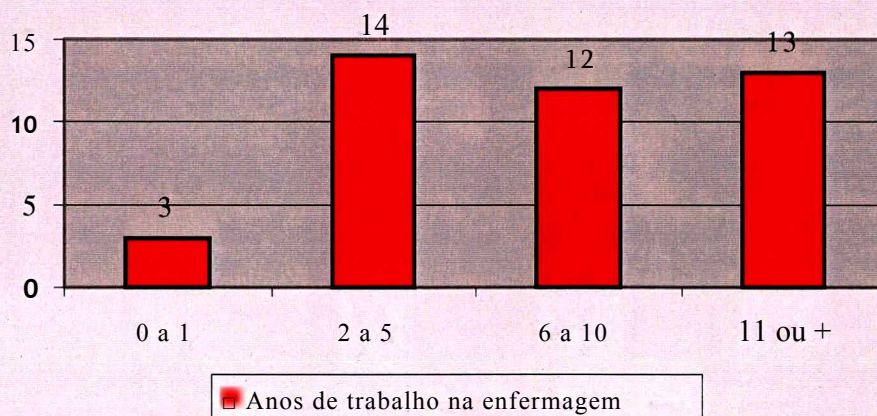
Principalmente neste momento, em que se expande a oferta de empregos na área da Saúde Pública, verifica-se que tanto os enfermeiros que estão graduados há mais tempo, quanto os jovens enfermeiros (em tempo de formados), têm campo de trabalho na saúde pública. A maioria dos enfermeiros do estudo nesta região, representando 66,7% do total, atua nesta área há 5 anos ou menos (ver gráfico 5).

Gráfico 5 - Anos de formação e anos de trabalho em Saúde Pública  
Pelotas, 2000



Com relação ao tempo de trabalho na enfermagem, observa-se que 40,5% dos sujeitos trabalham há 5 anos ou menos, conforme pode ser observado abaixo (gráfico 6):

Gráfico 6 - Anos de trabalho na enfermagem.  
Pelotas, 2000.



As instituições públicas municipais são as principais empregadoras, representando 95,2% do local de trabalho dos sujeitos de pesquisa, os demais 4,8% estão vinculados as instituições públicas federais. Este aspecto vem ao encontro das políticas de municipalização da saúde, e adequação dos municípios as propostas e diretrizes do SUS, com a conseqüente contratação de profissionais, assim como o incremento da atividade de fiscalização do COREN/RS, nesta região nos últimos 5 anos.

Esta expansão pode ser atribuída, também, ao fato de que os municípios estão implementando o PACS e o PSF. Segundo informação da 3ª CRS, em julho de 2000, dos 18 municípios da regional, 12 já tinham o PACS implantado, com um total de 13 enfermeiros atuando neste programa. O PSF está implementado em 3 municípios, com 6 equipes formadas (cada equipe contempla um enfermeiro).

Em julho de 2000, havia um total de 203 Agentes Comunitários, atuando em 12 municípios da regional, sendo primeiramente implantado nos municípios de Rio Grande, São Lourenço do Sul e Pelotas, no ano de 1996.

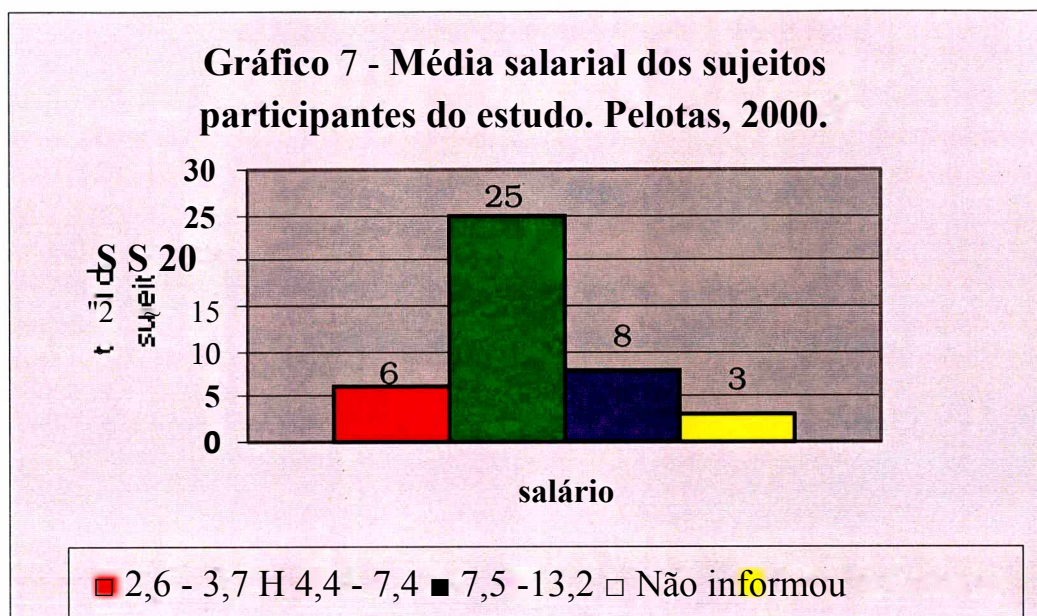
O PSF começa a ser implantado na região em julho de 1999, no município de Canguçu, que possuía em julho/2000, 3 equipes; seguido do município de Santa Vitória do Palmar, com 2 equipes e São Lourenço do Sul, com 1 equipe. Nestes dois últimos municípios a implantação ocorreu neste ano (2000).

Em agosto de 1998, estimava-se que no Brasil já haveria 3.500 enfermeiros atuando no PACS e PSF (Nursing, agosto 98).

Com relação a jornada de trabalho na Instituição (no trabalho em Atenção Básica em Saúde), 40,5% dos enfermeiros responderam ter carga horária semanal de 20 horas; 33,3% trabalham 30 horas semanais e 26,2% com carga horária semanal de 40 horas.

Com relação ao salário recebido pelo trabalho na saúde pública, observa-se não haver uma variação significativa entre salário x carga horária. O salário médio dos enfermeiros com carga horária de 20 ou 30 horas era de R\$ 808,00 e a média salarial do profissional com 40 horas era de R\$ 921,00. No gráfico (gráfico 7) abaixo, observa-se a

média salarial do total dos respondentes, considerando como base o salário mínimo da época da coleta dos dados, que era igual a R\$ 136,00.



Dados apresentados no “Boletim Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde”(1999), documento que analisa e divulga informações sobre recursos humanos na área de saúde, sob a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS em parceria com o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS, ao observar a evolução dos salários médios de contratação de profissionais de saúde de 1995 a 1998, apontou que os salários nominais de contratação de enfermeiros e pessoal de enfermagem cresceram 56% no período citado. Médicos e dentistas tiveram um incremento de 60% em seus salários nominais e, nutricionistas e farmacêuticos apresentaram os menores índices de crescimento, ficando com 45% e 49%, respectivamente.

Assim, de acordo com o referido Boletim, se em 1995 o salário nominal do enfermeiro era de R\$560,00; em 1998 estava em R\$876,00.

No Estado do Rio Grande do Sul, de acordo com a mesma fonte, o salário médio de admissão dos enfermeiros entre janeiro e maio de 1999 girava em torno de R\$892,00, ficando abaixo da média dos estados brasileiros que era de R\$934,00. Neste estudo não há referência sobre a carga horária de trabalho.

Pode-se considerar os achados em relação a carga horária e salário, como um dos motivos dos enfermeiros buscarem outra fonte de renda. Observa-se que 43% dos sujeitos participantes da pesquisa, no momento da coleta dos dados, afirmava ter outro emprego, ou seja, trabalhava também em outra Instituição. A área de maior concentração do outro emprego é a área hospitalar, representando 72%.

Dos que tem outro emprego, 33,3% dos trabalhadores deslocam-se à outras cidades para trabalhar, representando um maior desgaste físico.

Uma discussão pode ser referida em relação a dupla jornada de trabalho a que estão submetidos os enfermeiros. Durante muito tempo e, ainda hoje, há uma reivindicação da categoria em relação a jornada de 30 horas semanais. Em muitos serviços, como o é caso da rede básica de saúde da região estudada, essa jornada já está garantida (embora não exista uma lei que a determine), podendo ser reflexo dessa luta. Entretanto, ao mesmo tempo que foi conquistada, os salários não acompanharam, levando os enfermeiros a buscarem complementação salarial em outras frentes de trabalho, mais especificamente em hospitais, configurando o trabalho do enfermeiro, em jornadas extensivas, contribuindo ainda mais para o desgaste físico.

Como atividade realizada fora do ambiente de trabalho, por exemplo, a participação em algum movimento social ou associação, verificou-se que a participação em Associação de Bairro foi a citada por 9,5% dos enfermeiros e 7,1% como associada no Sindicato dos Enfermeiros. Estas atividades ainda ocorrem de forma incipiente, mas podem apontar um interesse dos enfermeiros, em participar e contribuir com as decisões tomadas em entidades que decidem sobre o lugar em que moram ou das condições de seu trabalho, através das suas entidades profissionais.

Mesmo com toda esta carga de trabalho, os enfermeiros não se despreocupam com o investimento em conhecimentos e atualização profissional.

Do total de sujeitos participantes da pesquisa, 22 enfermeiros (52,4%) referiram já terem realizado curso de pós-graduação. Destes, 95% em nível de especialização, principalmente na área de Saúde Pública/ comunitária, com 57%; a área materno infantil, enfermagem do trabalho, projetos assistenciais e hospitalar, com 9,5%, respectivamente.

A realização de curso de mestrado foi apontada por 14%, realizado na área de saúde pública, educação e assistência de enfermagem.

As Universidades locais têm ofertado a oportunidade da realização de cursos de pós-graduação, o que talvez possibilitou a estes profissionais a formação nestas áreas. A UFPEL, através da FEO, ofereceu um curso de Especialização em saúde Coletiva, com caráter multiprofissional, no início da década de 90, prioritariamente para profissionais da região, que atuavam na área de saúde pública. Posteriormente, surgiram parcerias com outras Universidades, criando a REPENSUL em 1992, que tem como um dos projetos a Especialização em Enfermagem da Região Sul - ESPENSUL<sup>®</sup>. Posteriormente, foi também criado com esta mesma parceria, o Curso de Mestrado - área de concentração Assistência de Enfermagem. Inicialmente, este Curso proporcionou a qualificação do corpo docente da FEO/UFPEL, para após expandirem-se as vagas para os enfermeiros assistenciais.

Uma outra forma que os enfermeiros, participantes deste estudo, têm buscado a superação teórica e prática, se dá em cursos de capacitação e atualização com 20 horas ou mais. Nos últimos 3 anos 90,5% dos enfermeiros referem ter realizado algum desses cursos. As áreas mais frequentes foram as seguintes: DST/AIDS, imunização, saúde da mulher, da criança e do adolescente e o treinamento introdutório ao PACS.

A participação em Congressos, Jornadas, Simpósios e Encontros também foi referida, porém não especificando se houve ou não, a realização de cursos nestes eventos.

---

**® O Projeto ESPENSUL, teve como laboratório a Universidade Federal de Santa Catarina, destinado a formação de enfermeiros especialistas em projetos assistenciais, desenvolvido no contexto dos serviços de saúde, na tentativa de uma idéia com o olhar focado na assistência. (Dias, 1998).**

Estas participações respondem a uma oferta de cursos na área das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, que têm apresentado uma incidência alarmante, tomando-se, portanto, necessário a qualificação dos profissionais da saúde para intervenção estratégica, utilizando-se dos indicadores epidemiológicos da doença.

Outra área que recebe incremento em termos de capacitação de recursos humanos é a de Imunização que, sabidamente, desde a década de 70, com a implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI), expande-se com o objetivo de erradicação das doenças preveníveis através de imunização.

Os enfermeiros relatam terem participado de cursos de atualização nesta área, que têm como objetivos: manter elevadas as coberturas vacinais; a manutenção da erradicação da poliomielite (cujo certificado de erradicação nas Américas foi fornecido em 1995) e, o desafio da erradicação do sarampo até o ano 2000.

Frente as exposições realizadas até o momento, parte-se agora para conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros deste estudo.

## **As Práticas dos Enfermeiros**

O propósito deste estudo foi a identificação das práticas dos enfermeiros nesta região do Estado, partindo do entendimento que estas práticas são social e historicamente determinadas, norteadas por uma Política Nacional de Saúde e se desenvolvem em contextos diversos nos diferentes locais do Brasil, em Instituições com orientações políticas e organizacionais próprias no nível local.

Os resultados da pesquisa apresentados a seguir são explicitados de modo que, ao se conhecer a forma de organização dos Serviços de Saúde e as características do local de trabalho dos enfermeiros, se possa apontar o fazer do enfermeiro nas unidades de Atenção Básica em Saúde.

Esta caracterização permitiu identificar alguns dos elementos constitutivos do processo de trabalho, e ao expressarem o significado do trabalho e do trabalho em saúde coletiva, os enfermeiros auxiliaram-nos a entender o seu fazer. As discussões no grupo focal explicitaram de forma verbal os achados no questionário e ampliaram o entendimento da organização do trabalho e as práticas desses sujeitos.

Pensar o local de trabalho, aqui no caso, o da saúde e no setor público, necessariamente significa compreendê-lo num espaço onde as diversas disciplinas em saúde interagem, sendo necessário, também, pensá-lo como um espaço em que as múltiplas facetas do fazer em saúde estão articuladas para que a ação em saúde se dê de forma, a atender as necessidades de quem executa o trabalho, como daqueles que buscam no trabalho em saúde a satisfação às suas necessidades (a população).

Segundo Campos (1997), o simples agregamento de profissões não significa mudança na organização dos processos de trabalho em saúde. Portanto, apesar dos avanços teóricos ocorridos no Brasil, nas duas últimas décadas, a forma de organização das instituições assistenciais, ainda "*propicia a defesa dos interesses corporativos em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial*" (Pires, 1999:34).

A parte estrutural e funcional dos Serviços de Saúde, para pensar um dos elementos que configuram o local de trabalho, geralmente está constituída de acordo com o pensar em saúde, materializado no arcabouço das instituições, seja no âmbito hospitalar ou na atenção básica, quer dizer, atende a um modelo em que é privilegiada a ação curativa, centralizada na consulta médica, especialmente. Reforça a hegemonia do modelo biomédico no setor saúde e mantém as demais profissões com autonomia relativa e subordinada às decisões médicas. Aos consumidores da assistência também não é permitida ou propiciada a participação ativa nas decisões sobre sua saúde ou nas formas de intervenção no seu processo de cura ou reabilitação.

Vale lembrar que a saúde pensada desta forma atende às necessidades e interesses daqueles que detém o poder. Atende-se o problema imediato do sujeito sem a preocupação em buscar a origem do mesmo, ou no caso da origem ser conhecida, não se promovem ações no sentido de minimizar ou eliminar o mesmo.



Vasconcelos (1999:13), ao falar sobre a atenção voltada a valorização da família alerta que *“as iniciativas de valorização da abordagem familiar nas políticas sociais centradas apenas em práticas educativas simplificadas podem ser uma estratégia de propagandear um caráter inovador de governos que, dentro de uma' visão neoliberal e pressionada por uma crise orçamentária, buscam diminuir os gastos sociais ”*.

A centralização do atendimento individual leva os serviços a organizarem os espaços físicos neste modelo de consulta. A área física destinada aos profissionais da enfermagem, relaciona-se com a viabilização de procedimentos de enfermagem com vistas a cura ou reabilitação, tais como, curativos, aplicação de injeções e nebulizações ou, a sala de puericultura, na qual realizam-se atividades de prevenção como a aplicação de imunobiológicos.

Para o atendimento individualizado, o enfermeiro necessita esperar que haja alguma sala disponível, destinada ao atendimento médico. O espaço físico deficiente foi apontado por 57% dos participantes do estudo, e 60% dos enfermeiros apontam condições inadequadas em relação a estrutura física no seu local de trabalho, considerando esta situação uma limitação que enfrentam para a execução de suas atividades. A condição inadequada da estrutura física acredita-se, não se referir apenas à ausência de sala própria para o enfermeiro, mas sim, em condições que afetam a execução do trabalho de todos os profissionais que atuam no local, bem como, a própria clientela atendida.

Ao se realizar a observação no local de trabalho, detectou-se problemas com relação a iluminação, encanamentos, abastecimento de água, esgoto e recolhimento do lixo ambulatorial. Em uma das US, o corredor da Unidade servia de depósito de material de construção, atrapalhando a circulação interna e, na sala de procedimentos de enfermagem, além da lavagem e esterilização do material também era utilizada para realização de exame ginecológico, por absoluta falta de espaço. Alguns enfermeiros, pelo mesmo motivo, utilizam a sala de procedimentos (área contaminada) para a aplicação de vacinas em crianças.

No estudo realizado por Faria (1998), nos Centros de Saúde de Florianópolis, o problema da estrutura física também foi verificado, confirmando que os enfermeiros não

dispõe de lugar para a ação individualizada, havendo a necessidade de esperarem vagar algum dos consultórios médicos ou utilizar a sala de curativos ou de vacinas, por exemplo.

Estas limitações da área física inviabilizam, muitas vezes, a permanência do profissional em turno integral, ocorrendo casos em que os médicos dividem a mesma sala, cada um cumprindo parte de sua carga horária.

As condições estruturais observadas, refletem os limites do processo de descentralização do atendimento vinculada a facilitação do acesso da população aos Serviços de Saúde nesta região. Com a expansão da rede de atenção básica, construíram-se estruturas físicas para o atendimento de um determinado número de profissionais. O que se verifica, atualmente, é a incorporação de outros profissionais nas equipes mínimas iniciais, tais como: assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, tomando os espaços existentes insuficientes.

Entretanto, o entendimento do papel ou da função das unidades sanitárias ainda apresenta algumas contradições, especialmente relacionadas a compreensão do caráter das ações em atenção básica, o que parece estar relacionado com o tempo diário de utilização das unidades e da fragmentação das ações nos diferentes turnos de atendimento. Este entendimento refere-se tanto aos profissionais que trabalham no serviço como da população usuária.

Os objetivos propostos no SUS e nas Ações Básicas de Saúde não têm tido correspondência com os recursos, atividades e resultados esperados, pois para cumpri-los, necessariamente, devem vir acompanhado das condições em relação as instalações físicas, em relação aos materiais em quantidade suficiente e em qualidade e, em relação aos número de trabalhadores, pensado tanto quantitativamente quanto qualitativamente na perspectiva de um perfil adequado ao trabalho em Saúde Pública.

Neste estudo encontramos que 17% das Unidades de Saúde mantêm suas atividades durante 1 turno; 55% funcionam durante dois turnos e, em 26% dos casos funcionam no período de 3 turnos.

É comum ouvir discursos que defendem a abertura das US durante 24 horas, ou seja, tanto a população como alguns políticos, reivindicam serviços de pronto-atendimento. Esta confusão talvez seja responsabilidade das próprias Instituições que com a despreocupação com a busca de novos modelos de atenção em saúde nos serviços, expandiram seus serviços, mas mantiveram a forma tradicional de atendimento. Assim, não se diferencia na prática o objetivo da assistência prestada nas US, de outros serviços de saúde.

Campos apud Vasconcelos (1999:16), diz que *“na maioria dos serviços, o que se observa é o modelo do ‘pronto-atendimento’, centrado essencialmente no atendimento sintomático dos problemas, sem acompanhamento dos pacientes e com uma relação impessoal com a clientela”*.

Como já referenciado anteriormente, 74% dos enfermeiros possuem carga horária entre 20 e 30 horas semanais, significando a permanência do mesmo em apenas um turno no local de trabalho. O anteriormente exposto nos mostra que 81% das US funcionam mais de um turno de atendimento, o que indica que não há a presença efetiva do mesmo enfermeiro, durante o período de funcionamento da US. Este fato aponta para a necessidade de mecanismos de articulação entre os profissionais dos diversos turnos de trabalho, de forma a dar continuidade, evitando assim a fragmentação e as condutas contraditórias. Pode apontar também, a necessidade de contratação de uma maior número de enfermeiros, para que se possa garantir a continuidade do trabalho de enfermagem de forma qualificada.

Identificou-se neste estudo, a falta de trabalho em equipe, como limitação apontada pelos enfermeiros nas práticas do cotidiano, gerando problemas de relacionamento entre os trabalhadores e a falta de compromisso dos profissionais com o trabalho em equipe. Pode-se dizer que apesar de haver a disposição dos enfermeiros (isto é um desejo deles), para o trabalho em equipe, não encontra acolhida junto aos demais profissionais, apenas dividem o mesmo espaço físico. Observe as falas:

*“... pede-se que, ao menos, uma reunião mensal se possa ter com todos os componentes do grupo, porque às vezes fica o diz-que-me-diz-que, da manhã, da tarde, da noite e, isso não é bom, não é trabalho de equipe. Eu vejo saúde*

*pública como trabalho de equipe, onde um elo tem que se unir ao outro senão a coisa não dá certo, e isso é uma coisa que é muito falha lá. E cada turno decide uma coisa, mas na realidade um turno depende do outro para o atendimento, a clientela é a mesma. É uma coisa falha! ”(Enf. 15<sup>^</sup>).*

*“... é muito difícil saber como a equipe no outro turno trabalha, muda tudo. A gente nunca sabe como é que tá funcionando realmente. Desde a recepção. Se faz reunião mas não participam! ” (Enf 3).*

*“Para mim, o maior limitador é a falta de consciência de alguns profissionais, quanto a importância do trabalho em equipe” (Enf. 18).*

*“Muitas vezes o trabalho que deveria ser realizado pela equipe multidisciplinar, fica somente com o enfermeiro, e isto limita não somente para a população a ser atendida como para o profissional que sente-se cansado e insatisfeito com o retorno ” (Enf. 23).*

Este é um fato apontado principalmente para US com equipes grandes, pois a cada turno mudam os profissionais. Observa-se que em unidades menores, com apenas um turno de atendimento, o relacionamento entre os profissionais estabelece-se de forma diferente, com maior vínculo e integração do trabalho entre os diferentes profissionais.

A falta de preparo dos profissionais para o trabalho em equipe é apontada como um fato que reforça o atendimento individualizado e a dificuldade de articulação com outros profissionais.

O trabalho em saúde, como já assinalado neste estudo, é um trabalho necessariamente coletivo, especialmente na rede básica. O fato dos trabalhadores destas US não terem ou não criarem espaços para a discussão conjunta, para conhecer a realidade e tomar decisões, só reforça o modelo em que, cada qual faz a sua parte e por isso, o compromisso com a atenção qualificada, com o trabalho pensado interdisciplinarmente, fica em segundo plano. Isso, sem dúvida, tem reflexos na qualidade assistencial prestada à população.

Em relação ao preparo dos profissionais de saúde para atuar em Saúde Pública, na Atenção Básica, foi bastante explicitado nos momentos de discussões, do grupo focal, em

---

<sup>16</sup> Enfermeiro participante do estudo e o número correspondente.

que foi extermalizado que não há correspondência com as exigências do trabalho nesta área. Relatam que, via de regra, os profissionais não têm clareza dos objetivos do trabalho realizado neste nível de atenção. Geralmente, o preparo dos profissionais que atuam nestes centros, dizem os sujeitos do estudo, está condizente com o modelo hegemônico, bio-clínico, individualizado, e centrado na consulta, como já referido.

Há evidências de que os enfermeiros sabem da realidade na qual estão inseridos, fazendo, inclusive, análises conceituais. Entretanto, não tem manifestado resistências a esse tipo de situação.

Ao observarmos a distribuição populacional total dos municípios estudados encontramos que 83% das pessoas residem na zona urbana e 17% na zona rural. Dos 18 municípios que integram a região do estudo, sete possuem perfil populacional rural (ver quadro 1). Reforça-se aqui, que a organização do local de trabalho também deve estar atenta às diferenças no quadro sanitário *“entre zona urbana e rural, entre a periferia e o centro das cidades e particularmente entre classes sociais e os distintos estratos sociais”*, conforme aponta Paim, 1992 in CIPESC (1999: 34 e 89).

Ao se lotar os profissionais nestas US, deve-se ter esta preocupação presente, inclusive, em função das características culturais entre a zona urbana e rural.

Do ponto de vista da distribuição geográfica, com vistas a descentralização e regionalização dos atendimentos identificou-se que a oferta de serviços acompanha a característica da distribuição populacional, concentrando a oferta de serviços na zona urbana. O trabalho dos enfermeiros, também, concentra-se nesta área, representando 88% do total.

Como a expansão da oferta de serviços não é diretamente proporcional a contratação de profissionais para o trabalho, a política de recursos humanos, traduz-se na “divisão” do profissional para atender em diferentes US. Esta divisão ocorre em algumas situações, como no caso de médicos especialistas (ex.: ginecologia e pediatria), odontólogos, assistentes sociais, nutricionistas e, também, na enfermagem. Desta forma, é atribuído ao profissional enfermeiro outra atividade além do atendimento na US, ou o

atendimento em diferentes US. Neste estudo, pode-se inferir que faltam recursos humanos na medida em que se estabeleça a relação com a população a ser atendida, por exemplo, número de enfermeiros por habitantes, conforme Faria (1998), segundo o Ministério da Saúde, esta relação é de 2.500 habitantes/ enfermeiro.

No PACS, o cálculo realizado é em função de número de agentes por enfermeiro. Assim, cada enfermeiro pode ser responsável por, no máximo, 30 ACS, que por sua vez podem atender no máximo 750 pessoas. Se calcularmos o potencial máximo de trabalho, veremos que cada enfermeiro será responsável pela atenção a 22.500 pessoas. No PSF, o cálculo é realizado em função da equipe. Na equipe está previsto além do enfermeiro, o médico, o auxiliar de enfermagem e a participação do ACS, que poderão atender no máximo a 3.500 pessoas, ou entre, 600 e 1.000 famílias. Nota-se a desproporção nestes cálculos.

Dos 42 enfermeiros que participaram do estudo, 26 referiram acumular outra atividade em outra US ,ou na Secretaria de Saúde do município. Esta outra atribuição inclui a supervisão dos auxiliares de enfermagem, o que acontece com periodicidade variável.

O acúmulo de outra função com conseqüente deslocamento para outra unidade servem, também, para o atendimento a determinados programas como o de imunizações, da saúde da mulher, da criança, hipertensos e diabéticos ou do programa de agentes comunitários de saúde.

As práticas dos enfermeiros estão, portanto, vinculadas a uma série de atividades que variam entre atividades de assistência, supervisão e gerenciamento.

O deslocamento, no caso, para a atividade de supervisão de auxiliar de enfermagem, acontece em muitos casos, para atender a legislação da enfermagem que prevê a supervisão do pessoal de nível técnico ou auxiliar. Pela falta de profissionais em número suficiente para cobrir todos os turnos de atendimento, esta parece ser uma forma encontrada pelos serviços para suprir a carência de pessoal, sobrecarregando o profissional

enfermeiro, fato que é apontado pelos sujeitos do estudo como um outro limitador do trabalho.

Apesar deste estudo não ter como objetivo conhecer o caráter da supervisão, se educativo ou fiscalizador, acredita-se que ela seja necessária para dar um suporte ao profissional auxiliar, oportunizando a troca de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas, desde que seja pensada e operacionalizada da forma mais qualificada possível.

Neste sentido, entende-se, entre outras ações, ser necessário a implementação de educação continuada, tanto nos locais de trabalho (US), como nas Instituições. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS apud Oguisso (2000:24), *“a educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos, em face de evolução científica-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais”*.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional, os enfermeiros devem ser facilitadores do processo de educação continuada para os demais membros da equipe de enfermagem, e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem considera a educação continuada como um dever e um direito dos trabalhadores.

Sobre a existência de educação continuada no local de trabalho (US), obteve-se como resultado que em 58% dos casos não é realizada, quando ocorre, está centralizada em algum dos programas de saúde, de modo a instrumentalizar os profissionais de forma prescritiva, tendo como objetivo atender o modelo institucionalizado.

Como não poderia ser diferente, este dado é um reflexo do que acontece nas Secretarias Municipais de Saúde, pois estas, ao promoverem educação continuada, o fazem com foco nas ações programáticas. Do total de enfermeiros, 60% responderam que a Instituição promove educação continuada. A maioria diz participar desses encontros.

Pode-se inferir, no entanto, que muitas informações não chegam no local de trabalho, pois o profissional que participa destes encontros não realiza o intercâmbio das informações com outros membros da equipe.

Serve como alerta para os enfermeiros supervisores e responsáveis pela capacitação e atualização dos recursos humanos, a colocação feita por um dos participantes deste estudo, fazendo referência aos Agentes Comunitários de Saúde. Diz:

*"Faço até um parâmetro: atualmente muitos agentes estão mais capacitados que os auxiliares de enfermagem em orientação e prevenção, porque nossos agentes recebem treinamento em todas as áreas, como imunização, DST/AIDS, por exemplo "* (Enf. 8).

Ao se propor novos modelos de intervenção na comunidade, não se pode correr o risco de esquecer da existência dos demais profissionais, que na realidade, são os executores das ações no interior das US e que necessitam também de oportunidades de cursos de atualização. A maioria dos enfermeiros diz que, se dependesse deles, implementariam a educação continuada em seus locais de trabalho.

Nos dados publicados no Relatório do CIPESC-Brasil (1999), os enfermeiros apontam que nos diferentes cenários onde o projeto foi desenvolvido, raramente ocorrem, em seus locais de trabalho, as atividades de planejamento e treinamento em caráter de educação continuada, a participação em processos de atualização, seja como aluno ou como promotor. Estas constatações são válidas tanto para os enfermeiros como para os demais membros da equipe de enfermagem.

Pelo cenário de São Paulo, Betolozzi et al (1999:261), escrevem que: *“Chama atenção também a pequena manifestação de ocorrência das atividades de Educação e Promoção à Saúde de âmbito comunitário, sugerindo a necessidade de maior complementação de dados acerca da compreensão destas pelo grupo de enfermeiras, em função da importância deste instrumental na prática de Enfermagem em Saúde Coletiva”*.

A educação continuada encontra respaldo na formação de recursos humanos para o SUS, e na medida em que as deliberações da 10<sup>ª</sup> CNS são colocadas em prática, desencadeiam-se ações com a responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde e da Educação, na formação de recursos humanos para a Saúde, nos níveis médios, superior e de pós-graduação, bem como, na construção de espaços nos locais de trabalho, de formação contínua.



A preocupação com a capacitação, formação, educação continuada dos recursos humanos em saúde, é vista a partir da ótica do SUS, na perspectiva de que esta proposta de assistência a saúde dê certo. Necessita, pois, que um maior número de pessoas a conheça, viabilizando a disseminação de seus princípios e diretrizes, promovendo a participação e o controle social.

Um dos princípios da proposta de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, defendida na 10<sup>ª</sup> CNS, estimula a utilização do sistema de saúde - escola, no qual os Serviços de Saúde constituem-se em espaço prioritário para a formação de Trabalhadores em Saúde, com a supervisão das unidades de ensino e serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS (Relatório da 10<sup>ª</sup> CNS).

Esta é uma proposta coerente, pois são nestes locais em que se realiza o atendimento à população e nos quais pode-se conhecer os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença, além de instrumentalizar os requisitos necessários para o gerenciamento em saúde.

A contradição que se revela na prática, está na forma de organização dos serviços, pois como já abordado anteriormente, estes contemplam o modelo biomédico, centrando o atendimento à doença e, no modelo de atenção programática, gerando a fragmentação do indivíduo a ser atendido, diferente, portanto, das possibilidades que se espera quando se excursiona nos modos de pensar a saúde, do ponto de vista da teoria, por exemplo, admitir na prática a saúde enquanto determinação social.

Por outro lado, pode ser, também aqui, pensado que na integração entre as instituições formadoras e instituições prestadoras da atenção à saúde, se consiga avançar nas propostas da Atenção Integral à Saúde, ao desenvolver novas formas de realizar o atendimento, com vistas a oportunizar mudanças do modelo assistencial e de práticas exercidas. Ou seja, romper o existente e propor na prática outras formas de pensar e fazer saúde.

Nesta pesquisa, confirma-se que, a organização das US, na atenção à saúde está baseada nas ações programáticas, tendo sido afirmado por 95% dos enfermeiros a existência de programa de saúde em seu local de trabalho, referentes a atenção nas seguintes áreas: materno-infantil, imunização, doenças crônico-degenerativas e saúde mental.

Ainda aparece, embora não estruturado como programa, o atendimento aos idosos. Com relação ao programa de saúde mental, apesar de estar implantado em várias US, não há ainda, uma participação efetiva do enfermeiro no mesmo. Apenas dois enfermeiros referem participar.

Ao se analisar o fazer diário dos enfermeiros, observa-se que sua ação está voltada prioritariamente: às crianças através da puericultura e vacinação; às mulheres, principalmente na assistência pré-natal (no seu ciclo gravídico-puerperal) e na prevenção de câncer ginecológico; aos hipertensos e diabéticos.

Vasconcelos (1999:7), diz que, apesar de haver ocorrido vários movimentos setoriais de racionalização integradora das políticas sociais, no qual insere-se a proposta do SUS, elas continuam fragmentadas. Acusa a fragmentação do indivíduo em suas carências, e o atendimento individualizado das pessoas reflete, para este autor, “a *ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é a base do progresso e do bem estar social*”.

Esta fragmentação se confirma também, na forma de organização dos serviços básicos de atenção em saúde, no qual o trabalho está organizado, de modo a priorizar o atendimento de usuários vinculados em cada programa de saúde.

A 10<sup>ª</sup> CNS, alerta, também, que a implantação dos programas específicos nas Unidades e Serviços de Saúde, não pode representar a seleção de clientela ou de procedimentos, devendo o serviço atender resolutivamente a toda a população da sua área geográfica, inserindo-se, assim, na Atenção Integral à Saúde da população.

A possibilidade de acesso aos serviços ocorre de duas maneiras. Alguns serviços utilizam-se do agendamento, principalmente para os usuários vinculados a algum programa

de saúde, e do atendimento tipo “livre demanda” para atender o restante da população. Esta forma de organização encontra variações de acordo com a US, inclusive dentro da mesma US em tumos diferentes, reafirmando, mais uma vez, a desarticulação do trabalho como um todo.

Uma outra variação da organização é o agendamento para determinados profissionais, como dentista, médicos especialistas, ou enfermeiros em situações específicas (como se verá adiante) e, a livre demanda para o atendimento da enfermagem como um todo, neste caso, a enfermagem assume o papel de “triagem”, ou seja, atendem aos que não conseguiram “ficha” e encaminham os casos de urgência ou emergência, negociando com os médicos o atendimento dos usuários.

No grupo focal foi abordada esta questão, exposta aqui com o seguinte depoimento:

*“... tem muita consulta de emergência, o paciente vai lá e não consegue tirar ficha no horário e diz que é emergência. Passam para o enfermeiro para consulta de enfermagem e muitas vezes não é emergência. As vezes não tá ao meu alcance, porque a gente não pode prescrever. As vezes é uma escabiose, mas a gente não pode resolver, então passa para o médico, ele atende ou então agenda ” (Enf. 2).*

Esta fala traduz, por um lado a falta de autonomia dos enfermeiros, no encaminhamento de solução para problemas típicos de saúde pública, de doenças que são reflexos dos problemas sociais que expõe as pessoas a viverem em ambientes insalubres. De outro, reflete a forma de organização dos Serviços de Saúde, que tende a atender minimamente as carências dos sujeitos.

Sabe-se que a consulta de enfermagem é um dos instrumentos de trabalho do enfermeiro e um dos pontos mais discutidos, hoje, nos Serviços Públicos, seja para o atendimento a dermatites, como no exemplo acima, ou em programas de saúde da mulher. Para que o enfermeiro possa realizar a prescrição de enfermagem, que inclua medicação, é necessário que a instituição tenha este procedimento assegurado através de protocolo, devidamente autorizado pelo gestor público do sistema de saúde.

Encontra-se, aqui, o grande empecilho, pois os gestores, na sua maioria médicos, sentem-se afrontados com a possibilidade dos enfermeiros realizarem prescrição

medicamentosa. Mais uma vez, a enfermagem se defronta com a hegemonia médica no setor saúde e a indisposição dos mesmos em abrir espaço para a atuação de outros profissionais capacitados no atendimento de problemas desta complexidade.

Apesar de haver esta possibilidade na Legislação do Exercício da Enfermagem, desde 1986, o que se observa é que na prática esta possibilidade não se efetiva, resultando em processos de intervenção mais longos, com custos maiores e maior sofrimento para o detentor do problema e para os trabalhadores que se sentem impotentes frente à situação colocada.

Retomando a forma de organização do trabalho, verifica-se que apesar da enfermagem ser a “triadora” oficial da US, os enfermeiros ao organizarem seu trabalho, em algumas situações, optam, também, pelo agendamento. Este ocorre, principalmente para atividades tais como: teste do pezinho, puericultura, realização de grupos e reunião com agentes comunitários de saúde. Veja as falas abaixo:

*“Tenho quatro grupos previamente agendados, um a cada Quarta-feira (puericultura, pré-natal, diabéticos, hipertensos)... Faço teste do pezinho nas 2ª e 4ª feiras. Outros atendimentos são livres demanda ” (Enf 4).*

*“Puericultura e o teste do pezinho através do agendamento, vacinas em livre demanda” (Enf. 21).*

*“Uma parte do meu trabalho é organizado através do agendamento, a outra de acordo com a necessidade ” (Enf 7).*

Observa-se que há flexibilidade no agendamento, que atende as necessidades que se apresentam, sejam da população ou do serviço, a disponibilidade de local, tempo ou material. Alguns referem que tentam planejar suas ações, mas ao chegarem na US defrontam-se com outros problemas e não conseguem seguir o plano traçado anteriormente. Veja os seguintes depoimentos:

*“Organizo de acordo com as prioridades do dia e nem sempre consigo fazer o que quero...não há uma rotina delimitada no meu local de trabalho. As vezes mentalizo aquilo que vou realizar, mas quase nunca consigo, pois a atividade diária que exerço sofre influências da demanda ” (Enf. 27).*

*“Conforme a necessidade da demanda. Sinto que poderia organizar melhor, fazer de forma diferente ” (Enf. 21).*

*“O trabalho da enfermagem está organizado para atender com prioridade os usuários ligados aos programas de saúde preventiva (puericultura, pré-natal e crônicos) da ênfase toda especial para imunização ” (Enf 4).*

Com relação a flexibilização, por parte dos enfermeiros, parece que vem ao encontro da proposta do estabelecimento do vínculo, que aqui é entendido *“como a humanização da relação com o usuário e a responsabilidade da US na solução do problema de saúde de sua região ”* (NOB 96:67). Ao se proporem a atender as pessoas que não conseguiram “ficha”, estão dispondo-se a ouvir a queixa e encaminhar, se necessário. Em alguns depoimentos pode-se observar que muitos dos problemas da população podem ser resolvidos se os profissionais se disporem a escutar o sujeito.

Relatam ouvir muitos problemas familiares ou de convivência na comunidade, que se refletem em problemas físicos, como aumento da pressão arterial, depressão, entre outros. Observe alguns depoimentos:

*“Os profissionais tem que ser menos técnicos e mais humanos. É isto que está faltando. Quantas vezes chegam o cliente para nós para verificar a pressão arterial e ela está alterada! Aí tu começa a conversar com esta pessoa e começa a descobrir coisas que tu nem imagina que iria colher desta pessoa, aí entra a crise, entra o problema com o filho adolescente e um monte de coisa ”* (Enf 15).

*“.. então, não é só tratar aquilo que o cara tá sentindo naquele momento, tem que enxergar a pessoa, tem que fazer uma avaliação da história dela, do ambiente que ela tá vivendo. E muitas vezes isso não acontece porque as pessoas que a gente tem trabalhando não tem este preparo, não tem esta discussão”* (Enf. 11).

*“Acho o vínculo fundamental... o profissional que faz da saúde pública um bico, ele vai correndo atender para ter vários ganhos... atender o ser humano gasta tempo, tu precisas te dedicar e aí é um ponto de divergência. Alguns só querem atender e ir embora ”* (Enf. 16).

*“O problema esta na falta de vínculo, tem que ser o contrário, a gente ir ao encontro, ver como tá o saneamento, os hábitos alimentares, como esta a vida das pessoas. Hoje tu começa a falar com as pessoas e tu vê que tá falando com pessoas infelizes, tristes, preocupadas, tensas ”* (Enf. 4).

Os enfermeiros dizem que o seu trabalho confunde-se com as atividades de outros profissionais, como por exemplo, a de psicólogos ou de assistentes sociais. Demonstram angústia ao não conseguirem resolver os problemas que se apresentam, pois estes têm a ver com a falta de recursos financeiros, problemas de desemprego e outros, que necessitam de mudanças estruturais da própria sociedade, denotando a dificuldade em trabalhar com a realidade.

Neste caso, a constante falta de medicamentos básicos no setor público, tanto para o tratamento de doenças crônicas como para outros problemas, é outro fator apontado como limite do trabalho e de inviabilização do tratamento dos problemas de saúde, no cotidiano das US.

Pode-se dizer, a partir das falas acima, que é principalmente a enfermagem que trabalha com os conflitos gerados pela ineficiência da própria estrutura dos serviços (falta de medicamentos, material, etc.) como também, os advindos da estrutura social desigual.

Apontam que o fornecimento de medicações é um fator que faz com que os usuários retomem a US, principalmente se ele estiver vinculado a algum grupo, pois, segundo eles, a medicação, no caso de diabéticos e hipertensos é uma forma de garantir a permanência das pessoas nos grupos. E o retomo das mulheres está garantido com a distribuição de anticoncepcional.

Dizem que a conscientização dos doentes crônicos, com relação aos cuidados necessários para o tratamento, é muito difícil, principalmente com os hipertensos.

Aqui aparecem as contradições no discurso dos enfermeiros. Em alguns momentos referem que a humanidade da atenção deve ser reencontrada, em outros, parece que o fato de ter em suas mãos as possibilidades de distribuição de medicamentos confunde essa humanidade, antes referida, com a de controle do sujeito.

As mudanças do modelo, que se apontam neste trabalho, como necessárias, devem basear-se em dados da realidade geo-político e social na qual estão inseridos, além dos dados subjetivos captados no cotidiano do seu trabalho. Estes são pontos que devem ser considerados no planejamento das ações de saúde.

Na avaliação dos dados deste estudo, 16 enfermeiros, representando 38% do total dos sujeitos, referiram conhecer e organizar seu trabalho de acordo com os indicadores apontados neste estudo. O fato de conhecer e utilizar os indicadores na organização do trabalho não está diretamente relacionado ao fato de terem realizado qualquer aperfeiçoamento, seja em nível de especialização ou não. O restante do grupo, 26 enfermeiros (62%) refere não conhecer ou não organizar seu trabalho baseado nestes indicadores.

O que chama a atenção é que os enfermeiros, ou já fizeram especialização em Saúde Pública e áreas afins, ou participaram de cursos de atualização. Isso não tem possibilitado ou, não tem incentivado, os enfermeiros a se utilizarem deste mecanismo muito importante para quem trabalha em saúde, especialmente na perspectiva da Saúde Coletiva. Por outro lado, isso pode demonstrar que os cursos não têm levado em consideração este aspecto, de outro, pode ser que os enfermeiros ainda não tenham se dado conta desta ferramenta no seu processo de trabalho ou, que a Instituição não está aproveitando o potencial do recurso humano com preparação.

Estudo realizado por L'Abbate (2000:14), com egressos do curso de especialização em Saúde Pública da UNICAMP, apontou quatro situações experienciadas, pelos mesmos, no retorno aos seus locais de trabalho após o término do curso. As situações são as seguintes: *“(a) indiferença dos colegas e da chefia e poucas mudanças em relação às funções e atribuições do egresso; (b) a sobrecarga de trabalho... (c) a desvalorização, porque voltou sanitaria, mas continuou fazendo exatamente o que fazia antes; (d) o respeito, representando algumas vezes pela ascensão e mudança de cargo, nem sempre acompanhadas, porém, da respectiva valorização financeira ”.*

Observando-se, desta forma, percebe-se que nem sempre as propostas e projetos conseguem ser implementados por aqueles que receberam preparação qualificada.

Estas informações podem apontar um trabalho exaustivo diário e que não consegue impactar nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da população da área de abrangência da US. Agravado pelo fato, provavelmente de, também, não considerarem os aspectos culturais da população e das organizações sociais existentes na comunidade.

Por outro lado, percebe-se que os enfermeiros demonstram estarem atentos aos problemas de saúde da população que busca o atendimento nas US. Apontam o meio onde as pessoas vivem, tais como: a falta de saneamento básico, o desemprego que gera problemas financeiros e sociais, como agravantes da situação de saúde das pessoas. Ao apontarem estas causas, extrapolam os problemas pontuais dos usuários, que os levam a procurar o atendimento nas unidades de saúde, tais como afecções respiratórias, a hipertensão, o diabetes, as doenças diarreicas, a desnutrição, a gravidez na adolescência, os transtornos mentais, alcoolismo e cardiopatias, considerando-os como reflexos do modo de viver das pessoas. Ampliam os horizontes de atenção, buscando na determinação social a origem dos problemas de saúde, embora de forma ainda incipiente.

Os problemas apontados acima como motivo de procura de atendimento, são observados pelo enfermeiro que está no interior das US. Uma das necessidades que se apresenta, frente as propostas de mudança no modelo assistencial e de intervenção na comunidade é conhecer com maior profundidade sua área de atuação. Isto só será possível se ocorrer um processo de “desinteriorização” dos profissionais.

Observa-se que, hoje, as visitas domiciliares são realizadas apenas no caso de haver alguém necessitando de cuidados e estar impossibilitado de se deslocar até a US. Neste sentido, as visitas domiciliares concentram-se para o atendimento à doença ou a busca de faltosos nos programas, com exceção daquelas realizadas no PACS, em que está previsto que o enfermeiro deve acompanhar o ACS.

Na verdade, o que se desejaria é que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, dessem conta do trabalho em saúde coletiva, que pode ser realizado na perspectiva de se antecipar ao dano, promovendo a saúde. Isso, ao meu ver, só pode acontecer na medida que ele, o enfermeiro, deixar de ser aquele que prepara o local de trabalho, sem que usufrua o mesmo. Significa sair das estruturas fiéis das US, para ir em busca de um trabalho com a população e não para a população, construindo um caminho com duas vias, numa relação dialógica e ética.

Penso que trabalhar em saúde pública é, além de atender as particularidades do processo de adoecer (as questões das ações bio-clínica), deve estar alicerçado



especialmente nas atividades de Promoção, o que implica, necessariamente, a participação da comunidade. Promover a saúde significa extrapolar o eixo do biológico, dando lugar para a totalidade do sujeito, em busca da compreensão de Saúde Coletiva.

Estas questões, até aqui colocadas, serviram para demonstrar ao leitor que as práticas de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros foram identificadas e analisadas observando o contexto em que se apresentam.

Os enfermeiros ao relatarem suas práticas nos permitiram uma aproximação com a realidade vivida, por eles, nas US, apontando as áreas em que atuam com maior frequência e as principais práticas desenvolvidas.

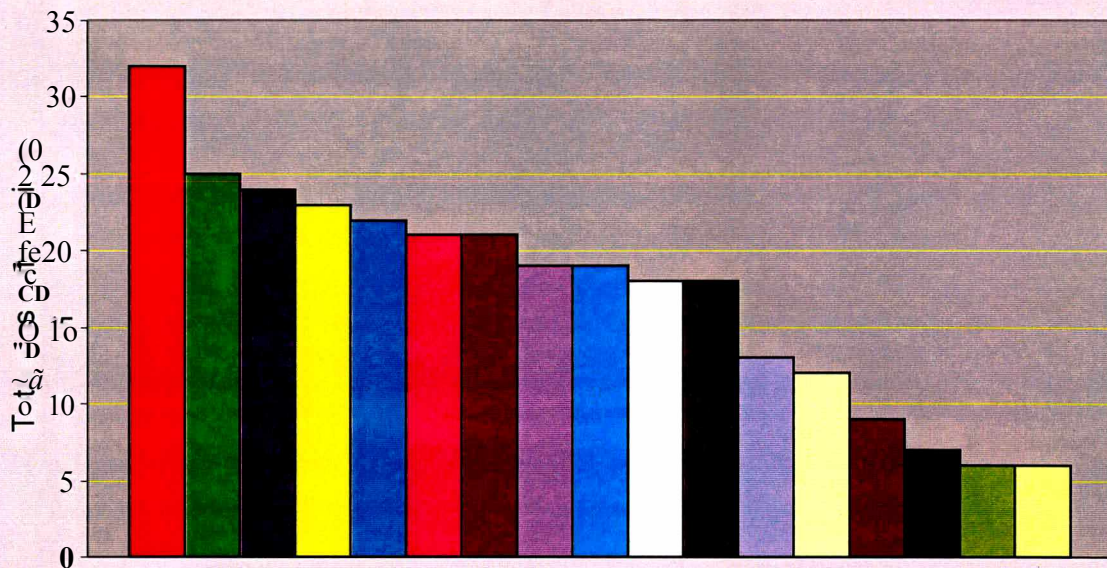
Como o modelo de organização das Instituições responde a prática programática em saúde, os achados também foram analisados desta forma, neste momento, já que indiscutivelmente é o modelo existente.

No gráfico 8, exposto na página a seguir, estão apresentadas as atividades relatadas e que possuem maior representatividade, no que se constituem as suas práticas:

A prática que aparece com maior frequência é o envolvimento dos enfermeiros com o trabalho de imunização na qual, destacam-se as atividades de aplicação das vacinas, o controle da rede de frio, controle do estoque, pedido, supervisão, preparação para o uso e a distribuição.

A segunda atividade, refere-se a atuação junto ao programa de saúde da criança, através da realização de puericultura, coleta de material para o teste do pezinho, controle da carteira de vacina e participação em grupos de puericultura.

### Gráficos das Atividades dos Enfermeiros na Atenção Básica, nos municípios da Região de Saúde de Pelotas, 2000



Ráticas

- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Atividade de enfermagem em geral
- Atividade de enfermagem em saúde da família
- Atividade de enfermagem em saúde da comunidade
- Atividade de enfermagem em saúde do trabalhador
- Atividade de enfermagem em saúde do idoso
- Atividade de enfermagem em saúde do adolescente
- Atividade de enfermagem em saúde do adulto
- Atividade de enfermagem em saúde do recém-nascido
- Atividade de enfermagem em saúde do lactante
- Atividade de enfermagem em saúde do pré-natal
- Atividade de enfermagem em saúde do parto
- Atividade de enfermagem em saúde do puerpério
- Atividade de enfermagem em saúde do neonato
- Saúde da Criança
- Supervisão dos auxiliares de enfermagem
- Fomento de atividades de enfermagem
- Realização de grupos
- Atendimento
- Trabalho burocrático
- R^
- Reunião de equipe

A terceira atividade que se destaca, é a relacionada com o programa da saúde da mulher através da coleta de CP, pré-consulta e consulta de pré-natal, participação em grupos de pré-natal e planejamento familiar.

A seguir, é referida a Supervisão de Enfermagem, que inclui o atendimento ao auxiliar de enfermagem na orientação quanto ao tipo de curativo, supervisão de nebulização, verificação e registro da temperatura da geladeira, aplicação de vacina e orientação, preparo e esterilização de material, repasse das atividades, verificação e orientação nas necessidades dos mesmos. Realizam, também, o controle de esterilização e das soluções utilizadas.

A assistência aos pacientes portadores de doença crônico-degenerativa, destaca-se, a seguir, dentre as práticas dos enfermeiros, centrando-se na consulta de enfermagem e na participação nos grupos de diabéticos e hipertensos, sendo que dois enfermeiros referiram realizar teste de glicemia capilar e/ou eletrocardiograma.

Os enfermeiros referem realizar procedimentos e técnicas de enfermagem que incluem curativos, nebulização, verificação de sinais vitais e aplicação de medicação. Esta atividade é realizada na falta de pessoal auxiliar ou, como divisão do trabalho com os auxiliares, como exemplificado nos depoimentos abaixo:

*"... procuro dividir as atividades com o auxiliar de enfermagem, dando preferência pela sala de vacina, enquanto aquela atua na sala de curativo" (Enf 18).*

*"... supervisiono os auxiliares e na falta de algum, auxilio os demais, seja vacinando, curativos, etc. " (Enf. 40).*

A participação do enfermeiro em ações de vigilância epidemiológica esta evidenciado mais expressivamente com a participação no preenchimento e/ou envio dos Boletins de Notificação de Doenças Transmissíveis. As demais participações são pontuais e referem-se ao controle de crianças desnutridas (SISVAN), na investigação de doenças transmissíveis, na monitoração de doenças diarreicas agudas e na orientação às pessoas que sofreram arranhadura ou mordedura por cão ou gato, auxiliando assim, no controle da raiva. Apenas 2 enfermeiros referiram trabalhar na área de controle dos doentes de tuberculose e seus comunicantes.

Como se verificou na contextualização da área do estudo, esta é uma doença que tem apresentado crescimento nesta região, sendo, talvez, necessário que seja revista esta atuação junto ao programa de tuberculose.

Com relação a realização de grupos, estes concentram-se nas áreas de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, de puericultura, pré-natal e planejamento familiar. Outros foram citados, tais como, sala de espera, grupo de asma e oficinas terapêuticas.

O atendimento em geral, inclui o atendimento a população tipo “livre demanda”, no auxílio a recepção com distribuição de fichas médicas e odontológicas e/ou esclarecimentos à população sobre funcionamento do posto.

A realização de visita domiciliar é citada como uma das atividades realizadas, mas relacionada, basicamente, à busca de faltosos em programas ou quando solicitada para atender a algum problema de saúde, bem como, incluídas no programa de agentes comunitários de saúde.

O controle de material de consumo (enfermagem e limpeza) e de equipamentos, assim como o seu funcionamento, é uma das atividades administrativas que envolvem as práticas dos enfermeiros.

O trabalho burocrático é abordado como um dos que absorve grande parte do tempo do enfermeiro na US e inclui o preenchimento de planilhas e boletins, revisão das fichas de atendimento ambulatorial, preenchimento e organização de prontuários e registros em geral.

Apesar de não se evidenciar como uma atividade freqüente, o controle de medicamentos é uma atividade citada pelos enfermeiros e inclui além do pedido, o recebimento, controle estoque da farmácia na US e a distribuição do mesmo.

Evidencia-se a participação dos enfermeiros no PACS e no PSF, contando no momento da pesquisa, com a participação de 9 enfermeiros na 3ª CRS, sendo responsáveis pelo treinamento e supervisão dos agentes, visitas domiciliares, realização de relatórios incluindo a digitação dos mesmos e reuniões com os agentes com freqüência diferente por município da regional (semanal, quinzenal ou mensal).

A realização de pré-consulta não é uma prática rotineira, embora, referida em alguns depoimentos, novamente, concentrando-se aos pacientes hipertensos, crianças e mulheres durante o pré-natal.

Como forma de organização do serviço, referem realizar ou participar das reuniões de equipe, não sendo uma prática que se destaque.

O participação no controle da área física inclui envolvimento com a manutenção da estrutura física, controle e supervisão da limpeza das unidades, esta relacionada basicamente com os enfermeiros que assumem a chefia da US.

Outras práticas apontadas, não possuem representação no todo, são pontuais, embora evidencie que aos poucos os enfermeiros aliam-se, principalmente, as escolas em busca de uma integração entre as Instituições. Considera-se importante que aqui sejam evidenciadas.

Estas atividades incluem a realização de teste visual com optótipos nos escolares, palestra na escola, participação no dia da saúde, aplicação de medicação contra escabiose na escola com participação da comunidade no corte de cabelo das crianças.

Como pontual, também, foi referida a participação na feira de artesanato do grupo de hipertensos, participação junto a Associação de Bairro, Igreja e Conselho de Saúde.

As práticas evidenciadas nos cenários de estudo do projeto CIPESC, que é o estudo mais recente que indica o trabalho de enfermagem na Saúde Coletiva no Brasil, reflete as diversidades no modo de fazer a enfermagem, o que também foi verificado neste estudo. Estas variações estão diretamente relacionadas com as diversas formas de organização das Instituições e com as peculiaridades dos diversos locais, que apresentam estrutura própria de organização, principalmente em um País como o nosso, pelas suas dimensões territoriais e diferenças sociais e culturais.

As práticas encontradas neste estudo referem-se a própria organização do trabalho do ponto de vista da política institucional que, ao ter como modelo organizacional o planejamento normativo, expresso através das ações programáticas, direciona o trabalho do enfermeiro para atender a esta necessidade.

Assim, revelou-se, nesta região, uma participação mais intensa dos enfermeiros nas atividades de cunho assistencial, concentradas nas áreas de imunização, saúde da mulher e saúde da criança. A criança é, efetivamente, o centro da assistência dos enfermeiros nas US. Esta assistência ocorre geralmente de maneira individualizada. A realização de grupos

parece ser a forma encontrada para prestar assistência coletiva, ainda que, internalizada a US.

Sendo a área de Imunização, a referência prioritária da prática dos enfermeiros, pode-se inferir que o aumento da cobertura vacinal experimentada nestes últimos anos na região, tem relação direta com a presença efetiva dos enfermeiros nesta atividade, até porque, é de domínio e responsabilidade da enfermagem, área em que atua com maior autonomia.

As atividades de cunho administrativo, incluem, principalmente a responsabilidade da supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem, do preenchimento de boletins e da realização de pedidos e controle de material. Como é o enfermeiro o que tem o olhar mais ampliado da US, é ele que, também, se toma o “cuidador” da mesma.

Parece, também, que o enfermeiro é o profissional que, por deter o conhecimento acerca da organização do trabalho nas US, acaba transformando-se em “substituto” oficial, ou seja, na falta de outros trabalhadores que compõe a equipe, substitui os mesmos, como por exemplo, o burocrata. Com isto ele acumula atividades, além das específicas de sua responsabilidade, refletindo, neste caso, a falta de organização do trabalho, acrescido da falta, também, de trabalhadores em quantidade suficiente.

As atividades de cunho educativo também permeiam as práticas desenvolvidas, pois referem que, ao prestarem orientação, estão educando. O presente estudo não objetivou discutir a natureza da educação realizada, mas entende-se por educação como uma prática dialógica, de interação entre os trabalhadores e os usuários dos Serviços de Saúde. Referem que ao prestar assistência, seja ela individual ou coletiva, assim como, ao supervisionar o trabalho do auxiliar de enfermagem, utilizam-se de orientações, que no entender do grupo, traduz-se em educação.

Alguns depoimentos apontam o direcionamento da educação, como os expostos a seguir:

*“... maneira de passar para as pessoas informações da qual elas desconhecem, esclarecer dúvidas...” (Enf. 21).*

*“... transmitir o que tive oportunidade de aprender, a pessoas que muitas vezes não tiveram as mesmas condições ” (Enf. 38).*

*“A educação em saúde é um instrumento inseparável do profissional de enfermagem. Em qualquer situação uma boa orientação faz com que se consiga fazer a promoção da saúde ” (Enf. 26).*

*“Prevenção, educação, orientações que cada profissional deve oferecer a sua clientela inscrita nos programas que temos na unidade de saúde” (Enf. 30).*

Estes exemplos acima colocados apontam que, assim como a assistência, a educação também atende a ação programática, como auxiliar, com vistas a mudança de hábitos. Parecem apontar para uma unidirecionalidade do processo comunicacional, ou seja, repasse da informação com vistas à adequação de hábitos e não de processos libertadores e de trocas. A educação com a idéia do auto-cuidado ainda é muito incipiente nas falas do grupo, tendo sido apontada por apenas 2 enfermeiros.

Aqui, talvez, fosse o caso de retomar a discussão sobre a forma como é conduzido o processo comunicacional no âmbito da US, pois quando o enfermeiro diz desempenhar papéis como o de psicólogo ou assistente social, ele está na verdade, enfrentando um grande desafio que é o de discutir com as pessoas os seus problemas, sejam intradomiciliares ou externos ao grupo familiar. Ou seja, apresentam-se situações aos enfermeiros, cuja resposta não está vinculada a nenhum conteúdo pré-elaborado (as ações de cunho programático, por exemplo), que acostumado a passar somente as informações vinculadas a esses programas, sentem dificuldades em trabalhar com questões que dizem respeito mais às subjetividades dos sujeitos que o procuram.

Apresentam-se situações aos enfermeiros que, fogem de seu domínio, situações essas muito mais ligadas as questões subjetivas dos sujeitos usuários e, como não estão acostumado a lidar com tais questões, sentem-se despreparados. Entretanto, são esses trabalhadores que mais tempo têm dedicado a escuta desses usuários.

Faria (1998:172) ao estudar o processo de comunicação na saúde diz que nas relações entre usuários e os profissionais de saúde *“os espaços para a expressão do sujeito político ficam no esquecimento, dando lugar apenas a uma relação onde o saber técnico*

*se sobrepõe aos espaços de intersubjetividade, reafirmando o componente disciplinador dos atos de saúde ”.*

Assim, no meu entender o *ser técnico* do enfermeiro sobressai ao seu *ser político*, e que acaba estabelecendo com o *ser político* que o procura (o sujeito usuário), apenas relações técnicas/objetivas. Ele o escuta, mas não tem estabelecido uma relação dialógica com esses sujeitos, pois a estrutura organizacional está tão fortemente introjetada que não têm sido externalizadas resistências para romper com esta forma de trabalhar. Pois os trabalhadores não estão organizados para proporem novas formas de fazer, não conseguindo romper com o existente.

Faria (1998:176), refere que a assimetria nos processos de comunicação “*está presente nas relações interpessoais entre os trabalhadores. Estes se comunicam basicamente para referendar as normas e rotinas preestabelecidas ”.*

Da mesma forma, a instituição que os contrata, no caso a Secretaria de Saúde, também tem tido esse tipo de postura, quer dizer, os encontros realizados só servem para repassar informações objetivas, como explicitado pelos sujeitos do estudo quando se referem aos objetivos das reuniões de enfermeiros que ocorrem no âmbito da instituição.

Em relação a isso, Campos, 1994; Mattos, 1996 apud L’Abbate (2000:3) colocam que:

*“os trabalhadores de saúde não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, capaz de aderir a projetos de transformação, sem deixar de reconhecer que mudanças substanciais politicamente viáveis tendem a ser realizar pela ação conjunta de indivíduos articulados com movimentos sociais de sustentação, de acordo com Paim & Nunes (1992:263)”.*

Este estudo entende que ao se tratar das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros está se considerando o caráter da importância que se deve dar ao processo de trabalho, que em última análise é materializado na própria prática, razão pela qual, mesmo não sendo objetivo deste estudo, se faz a seguir uma aproximação com o tema trabalho.

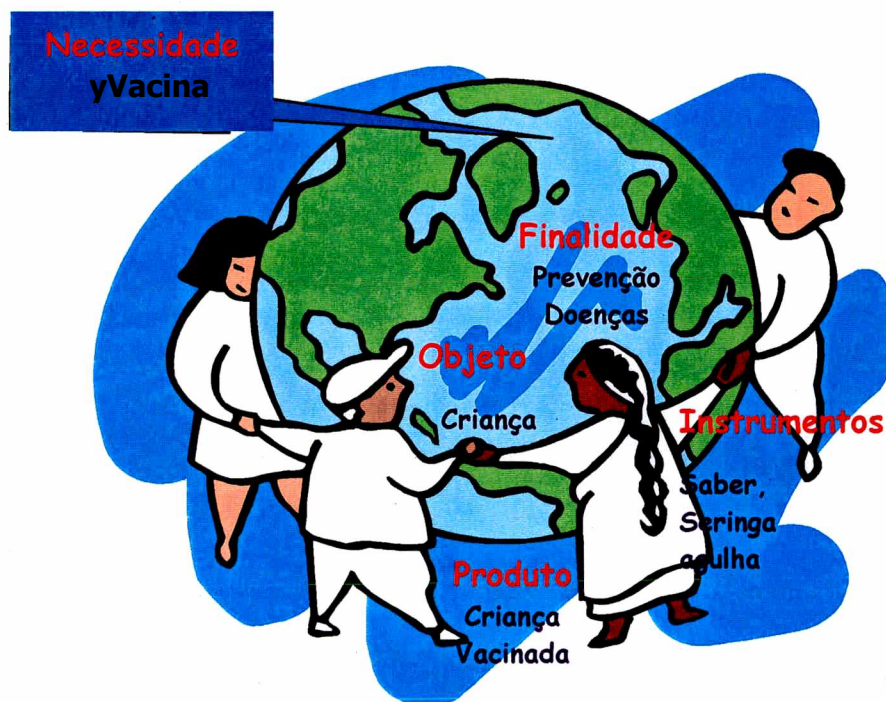


Entende-se assim como Pires (1999), que o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, que se completa no ato de sua realização sendo o produto gerado por ele indissociável do processo que o produziu, traduzindo-se na própria atividade.

Assim, a construção do processo de trabalho dos profissionais de saúde, proposto por Pires (1999:32) com base teórica em Marx, “*tem como finalidade - a ação terapêutica em saúde; como objeto - o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumido*”.

A **Figura 3** apresentada a seguir, tem o caráter didático para ilustrar a construção teórica acima explicitada. Com esta imagem também se faz as ilustrações a partir dos elementos evidenciados nas falas dos enfermeiros.

**Figura 3 - Exemplo de um processo de trabalho na Atenção Básica. Pelotas, 2000.**



A partir dos depoimentos dos enfermeiros, pode-se identificar:

- o objeto de trabalho como sendo:
 

*“Comunidade carente, grupos diabéticos, gestantes, hipertensos e agentes de saúde” (Enf. 05).*

*“Mulheres (especialmente as em idade fértil); crianças (especialmente as menores de 5 anos); comunidade em geral e auxiliares que supervisiono ” (Enf. 12).*

*“Apopulação - crianças, adolescentes, jovens e idosos” (Enf. 24).*
- Como finalidade do trabalho;
 

*“Trabalho com seres humanos com o intuito de satisfazer necessidades físicas, emocionais e também com o objetivo de educá-las...” (Enf. 25).*

*“É a integralidade da assistência, ações e serviços, atendendo a comunidade em todos os níveis de necessidade, prevenindo e curando quando necessário ” (Enf 42).*
- Como instrumentos de trabalho:
 

*“... esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, lanceta, seringas... ” (Enf. 18).*

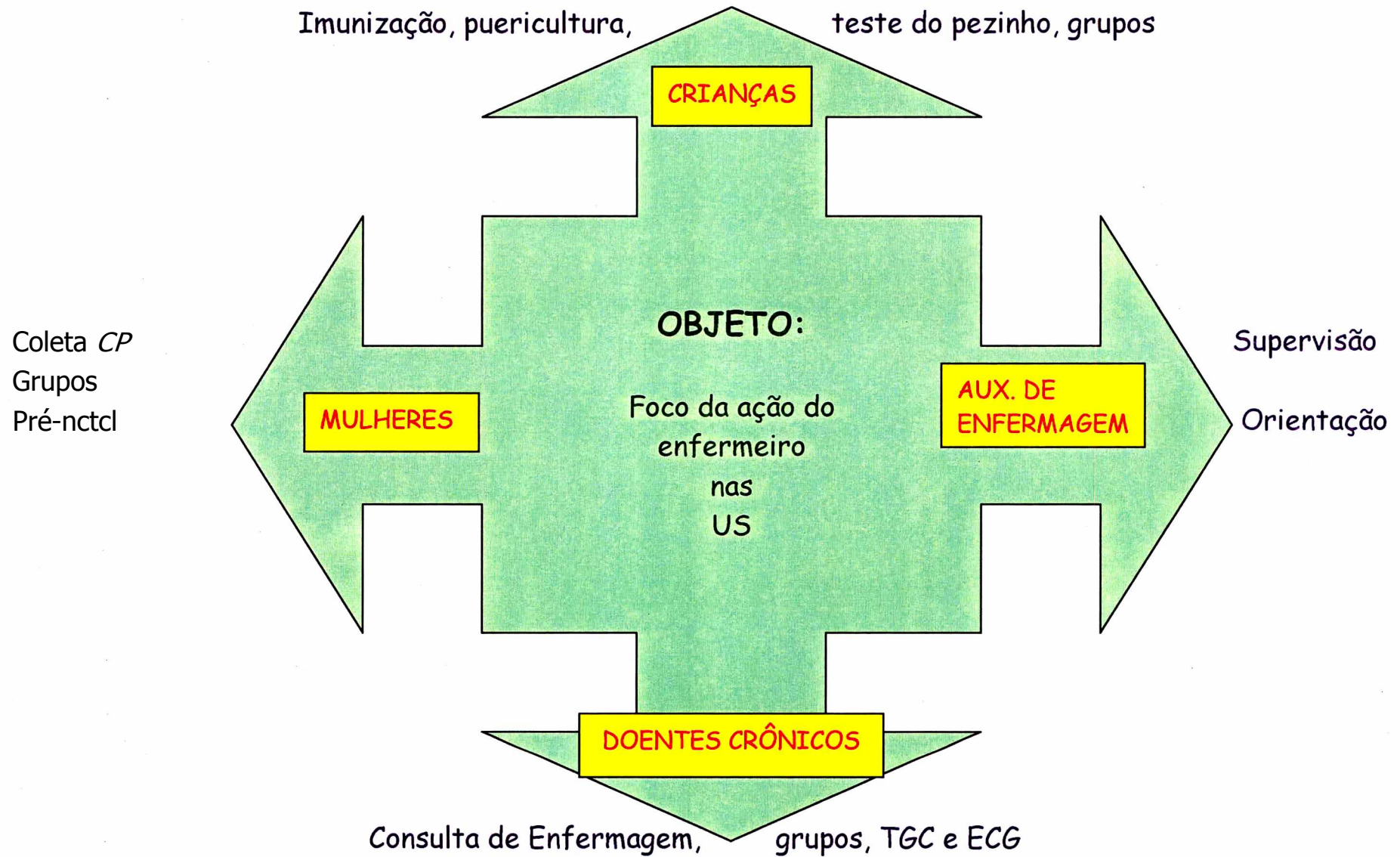
*“... caneta, papel, material administrativo, telefone, espelhos...” (Enf 29).*

*“... no meu trabalho... aplico meus conhecimentos para ajuda-las... ” (Enf. 22).*

De uma maneira geral, os componentes do processo de trabalho, no que diz respeito ao objeto e finalidade, apontados pelos enfermeiros deste estudo, pode se observado nas figuras números 4 e 5, que encontram-se nas páginas a seguir.

Na verdade, o que se buscou foi a aproximação dos elementos constituintes do processo de trabalho revisitando os depoimentos realizados. O que se observa é que há uma grande confusão na construção teórica do processo de trabalho. Dos sujeitos do estudo 43% confunde objeto de trabalho com a finalidade do mesmo e 35% confunde objeto com instrumento de trabalho.

Acredita-se que este fato aconteça devido a falta de hábito de se planejar o trabalho, ou então, ao se realizar o planejamento não se pensar o processo de trabalho.





Vale lembrar que o processo de trabalho se desencadeia, a fim de atender a uma determinada necessidade. Para atendê-la, mobiliza-se a força de trabalho para o estabelecimento do projeto, frente a necessidade apresentada, por exemplo, um sujeito usuário da US, o objeto de trabalho, que na enfermagem e na saúde, poderá ser tanto um trabalho individual como um trabalho coletivo. Desta forma, frente a uma necessidade, haverá a mobilização da força de trabalho que, diante do objeto e da necessidade, irá definir a finalidade do trabalho para, então, optar pelo (s) instrumento(s) a ser usado.

Todo este processo é muito confuso para a maioria dos trabalhadores, não sendo uma especificidade da enfermagem, percebendo-se também, entre os demais profissionais de saúde, uma distância teórica em relação ao tema.

Argenta (2000), realizou um recente estudo, com a equipe de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar, que contempla a necessidade de compreensão do processo de trabalho. Com os resultados do estudo, verificou que os profissionais conseguem identificar a finalidade do trabalho, porém têm dificuldade em identificar o objeto de trabalho da enfermagem. A autora atribui este fato, como decorrente da falta de reflexão dos trabalhadores sobre o próprio trabalho. Outra confusão apontada por ela, é entre a força de trabalho e os instrumentos e, entre produto final e objeto de trabalho.

Isto posto, aponta que, tanto nos serviços hospitalares como na rede básica, há a necessidade urgente de se refletir sobre o processo de trabalho, como uma forma de subsidiar a discussão de outros temas, como o próprio modelo de assistência à saúde, o trabalho como categoria teórica entre outros.

Neste estudo, também, pode-se apreender a percepção dos enfermeiros sobre o trabalho, cujos resultados foi categorizado em três dimensões, quais sejam: o trabalho enquanto ajuda; o trabalho enquanto transformação e o trabalho como realização pessoal.

O trabalho enquanto ajuda, pode ser visualizado sob duas direções: uma no sentido de ser solidário com as pessoas que procuram o serviço nas US, o que é importante, e outra que ainda reflete o sentimento de benevolência e de um trabalho caritativo, herança da época da cuidadoras consagradas.

O trabalho enquanto transformação, é no sentido do desejo de um trabalho em equipe, de fazer um trabalho de prevenção para auxiliar e melhorar o nível de saúde da população, melhorar a qualidade de vida.

O trabalho como forma de realização pessoal, aparece no sentido de que é um estímulo a pensar, criar e aprender. Os sujeitos do estudo dizem que o trabalho é a realização pessoal, e também a de um ideal. Sentem-se gratificados através do trabalho. Referem gostar e sentir prazer no que fazem. Transpareceu nas falas dos sujeitos do estudo o trabalho, enquanto dignificação e enobrecimento e, também, uma fonte de sustento.

Essa categorização acima explicitada pode ser observada nas falas que seguem:

*“O trabalho é a realização de um ideal da minha vida profissional, é também uma fonte de conhecimentos e aperfeiçoamento riquíssima, e instrumento de realização pessoal” (Enf. 6).*

*“Gratificante, embora muitas vezes cansativo, mas necessário à sobrevivência e ao crescimento profissional” (Enf. 40).*

*“O trabalho para mim, além de ser uma realização pessoal é também fonte de renda. Trabalhar é conhecer, aprender, descobrir, conviver com outras pessoas ” (Enf. 25).*

*“Trabalho é a ferramenta que move a engrenagem. É ele que me dá o sustento e a realização ao mesmo tempo ” (Enf. 28).*

Acredita-se que a busca de mudanças no modelo de atenção à saúde, com a superação do paradigma clínico deve *“redirecionar as práticas e a divisão social do trabalho no interior da equipe de saúde, e, sobretudo, inverte a relação com o paciente de forma a torná-lo sujeito ativo de sua condição de cidadão”* (Santos et al in CIPESC, 1999:69).

De tudo o que foi exposto neste trabalho acerca das práticas e dos sentimentos acerca do trabalho que realizam, faz-se necessário que se fomente e oportunize a discussão, pois estes enfermeiros, mesmo diante de inúmeras diversidades, são pessoas que merecem o respeito e oportunidades para que possam criar alternativas de trabalho e, não nos adequarmos ao modelo que, hoje, é hegemônico, com vistas a uma saúde equânime, ética para todos, seja trabalhador ou usuário dos Serviços de Saúde.

## **VI. TRABALHO EM SAÚDE: HUMANO, SENSÍVEL, ÉTICO E COMPROMETIDO**

**- uma meta a ser conquistada -**

O processo desenvolvido neste estudo permitiu refletir sobre o trabalho dos enfermeiros na Rede Básica de Atenção à Saúde em que, além de conhecer as práticas dos enfermeiros, permitiu conhecer, também, os contextos nos quais elas se desenvolvem, aprofundando as bases teóricas que sustentam o trabalho dos enfermeiros.

A região sul do Estado do RS se encontra numa fase de estagnação da economia e está, também, em busca de modos alternativos de produção que possibilitem avançar em termos de melhoria dos indicadores econômicos, o que pode significar uma melhor qualidade de vida através da reorganização social, tendo no aumento da oferta de emprego, a base geradora de renda e desenvolvimento.

A enfermagem neste contexto tem encontrado espaços e oferta de trabalho nos diferentes municípios da região, que ao municipalizarem a atenção à saúde, geram empregos nesta área, a partir do incremento financeiro que estes municípios tem recebido do Ministério da Saúde, especialmente a partir dos programas mais recentes como o PSF e PACS.

Neste sentido, os enfermeiros têm assumido a responsabilidade de auxiliar na organização dos Serviços Municipais de Saúde, corroborando com a proposta do Sistema Único de Saúde, embora ainda deficiente, especialmente em relação aos recursos (sejam eles físicos, materiais e humanos) para legitimar a responsabilidade assumida, tanto pelo

gestor municipal quanto pelos enfermeiros, que encontram várias dificuldades para a execução do seu trabalho.

Desta forma, a enfermagem tem se deparado com diferentes formas de organização das realidades locais, tanto nos seus aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais, pois em muitos delas, a emancipação política e administrativa, é recente, quanto na organização dos locais de atendimento a saúde. São Sociedades que não estão acostumadas com a presença do profissional enfermeiro e, muitas vezes, não os diferencia dos demais profissionais que compõem a equipe de enfermagem. Essa não diferenciação é bastante comum entre os usuários dos Serviços de Saúde, não sendo privilégio desta região.

Assim, o enfermeiro está desafiado a mostrar por que veio e, ainda, extermalizar o seu trabalho às equipes de saúde, que, também, não tem o hábito de trabalhar com esse profissional.

Acredita-se que o profissional enfermeiro para enfi<sup>^</sup>entar os desafios do trabalho em Saúde Pública, com as características apontadas neste estudo, precisa estar alerta no sentido não só atender as exigências do mercado, segundo as normas estabelecidas nos vários programas implantados nestes municípios, mas desenvolver um trabalho que deve, na minha opinião, ir ao encontro das necessidades de saúde da população, caso contrário, o reconhecimento como um profissional qualificado pode ainda ficar distante.

Vale lembrar que na maioria dos municípios o incremento nas contratações de enfermeiros tem atendido aos interesses dos municípios no processo de municipalização, de acordo com as exigências da Política Nacional de Saúde, com a oferta de ações mínimas ou então, são forçados pelo órgão fiscalizador (COREn-RS) a ter este profissional como responsável pelos demais membros da equipe de enfermagem.

De qualquer maneira, a realidade é a de que independente do motivo, neste momento, a oferta de emprego para enfermeiro está em expansão.

Essa expansão do quadro de pessoal na Atenção Básica à Saúde, iniciou na década de 80 com a implementação das Ações Integradas de Saúde, AIS, como já referido neste trabalho, começando, no caso aqui estudado, no município de Pelotas e pouco a pouco foi se estendendo aos demais municípios da região.



Portanto, é recente essa ampliação, aproximadamente 14 anos e, estudar o tema proposto, permitiu uma aproximação com a realidade vivida por estes profissionais no dia a dia em seus locais de trabalho.

Aqui é importante uma discussão que merece destaque neste trabalho.

O fato do aumento dos quadros de pessoal nos Serviços de Atenção Básica não ter significado o acesso da população aos Serviços de Saúde em todos os níveis de complexidade, na verdade, ampliou apenas o acesso neste nível. É importante atentar para este fato, pois as políticas sociais, especialmente as da saúde têm dirigido sua atenção para os mais pobres, num mecanismo de seletividade, em que o direito a saúde está dado até certo ponto, esquartejando o exercício da cidadania. Essa seletividade, tem reflexo direto no setor saúde, pois os investimentos na área são apenas para aqueles programas que tendem a passar a população o sentimento de que está sendo atendida. Na verdade, os investimentos necessários de acordo com perfil epidemiológico não são suficientes, quando se pensa numa política equânime.

Está claro que a política de saúde adotada nesta região vai ao encontro do estabelecido em nível nacional. São medidas focalizadoras, compensatórias para amenizar o quadro sócio-sanitário e epidemiológico.

Como a saúde é pensada de forma programática dentro de uma concepção de planejamento normativo, os programas já vêm prontos para a execução e, neste sentido, os profissionais tendem a apenas executá-los.

Assim, o trabalho do enfermeiro está necessariamente ligado a essas medidas, não significando um trabalho em saúde pensado estrategicamente para atender a população no seu todo, muito menos tem se configurado um trabalho em equipe.

O modelo assistencial, apesar do discurso ser em direção um trabalho comunitário, com a participação da população, ainda permanece internalizado nas Unidades de Saúde. Os profissionais têm dificuldades em rompê-lo, apesar de extermalizarem o sentimento em querer fazer diferente.

Alguns obstáculos se apresentam neste sentido. O modelo centrado na consulta médica, hegemonicamente articulado, tem neutralizado essa vontade de fazer diferente. Um outro obstáculo, que é real, é o fato do mesmo enfermeiro atuar em Unidades de Saúde diferentes, desempenhando a tarefa mais dirigida para o controle sob forma de supervisão dos demais membros da equipe de enfermagem. O número de enfermeiros ainda é insuficiente para atender uma outra característica do trabalho em saúde. Um trabalho junto com a população e não, para a população.

Por outro lado, isso também está demonstrando a incapacidade política organizativa da categoria ou, ainda, representa uma das deficiências na formação, que geralmente também tem atendido ao modelo hegemônico na saúde.

As dificuldades são muitas, mas aos poucos os enfermeiros começam a encontrar seus espaços. O desafio colocado ainda na década de 70, com a criação dos Cursos de Enfermagem na região, parece que encontraram algumas respostas, o que na verdade traduz-se num desafio constante pela própria busca de um “fazer diferente”.

Creio que este desafio deve buscar ressonância em dois aspectos: o primeiro, é dirigido à formação, que necessita repensar a estrutura didática pedagógica no sentido de instrumentalizar os seus egressos para esse enfrentamento, mas não só isso, pois seria pouco para provocar a mudança. Creio ser necessário, também, avançar na formação do enfermeiro na perspectiva da promoção da saúde, o que implicaria adentrar na área de Saúde Coletiva. O segundo, deve encontrar sustentação na organização de uma política de educação continuada, dentro da própria instituição e, fora dela, especialmente promovida pela própria categoria em parceria com as Faculdades de Enfermagem, formação essa, não apenas do ponto de vista técnico, pois também seria pouco. Necessário seria pois, criar mecanismos de discussão para enfrentar os impasses colocados dentro da própria categoria, como os vivenciados nos Serviços de Saúde e apontados neste estudo, como, por exemplo, transpor o modelo hegemônico.

São questões difíceis. Porém, o momento é propício uma vez que aumenta o número de enfermeiros, atuando nesta área.

Obviamente que esse movimento não está posto é preciso, pois, que os enfermeiros, busquem mecanismos de articulação com a categoria na perspectiva de iniciar algo que, sob meu juízo, tenderá a dar uma outra fisionomia, uma outra direção aos Serviços de Saúde em nível de Atenção Básica de Saúde, em busca da Atenção Integral. Neste caso, a saúde deverá ser pensada como resultado das conquistas populares como, melhor qualidade de vida e estabelecimento de relações dialógicas e éticas.

Essas questões, acima enunciadas, parecem ser um desejo dos enfermeiros que participaram deste estudo, razão pela qual acredito que o primeiro passo já está dado, pois demonstram prazer no que fazem e estão estimulados a crescer e aprender mais. Hoje, são dezenas de enfermeiros atuando na área de Saúde Pública, por isso creio que é possível avançar numa prática coletiva em que os atores envolvidos sejam respeitados.

Esse modelo, de que falo, está baseado na ética, na acolhida, no acesso e no vínculo, ou seja, na humanização das práticas junto a comunidade onde está inserida a US, em especial com os usuários dessas unidades. Afinal, como disseram alguns enfermeiros: “é gente cuidando de gente”.

Por outro lado, há que se pensar de que a saúde e a doença não são medidas iguais, pois são qualitativamente diferentes, razões pelas quais deve ser compreendida como processo e interrelacionadas. Aqui, mais uma vez é preciso voltar ao modelo estabelecido nessas US, em que o investimento maior é tratar a doença e não as ações para prevenção e promoção da saúde.

Vários são os estudos que demonstram que o valor dos recursos destinados ao tratamento das doenças não está, necessariamente, associado à melhoria do estado de saúde das populações.

Os enfermeiros, na prática diária, devem ficar atentos, pois não basta ter “trabalhador em saúde para tratar a doença”. Isso não tem garantido a melhora do estado de saúde das populações, sendo necessário investir nas áreas sociais, em políticas que gerem ambientes saudáveis, cidadãos conscientes da necessidade de participação conjunta com os Serviços de Saúde, na busca de alternativas para a melhoria da qualidade de vida, sendo a doença e a saúde um fenômeno coletivo.

o estado de saúde da população está determinado pela sua própria organização enquanto sociedade, com possibilidades de acesso não só aos serviços de saúde, mas, também, a educação, a oferta de água, luz e emprego, entre outros. A qualidade de vida, ou seja, a exposição a fatores estressantes, hábitos de vida, seja das populações carentes ou das privilegiadas economicamente, é que acabam determinando a probabilidade de vida ou de morte das populações.

Apesar das condições de trabalho a que estão submetidos, os enfermeiros demonstram que estão atentos ao modo de vida dos usuários que buscam atendimento nas US. Assunto esse, que merece atenção quando se quer avançar nas alternativas de intervenção junto as comunidades. Entretanto, como estão absorvidos pela lógica do atendimento “demanda espontânea” e ações programáticas, a expressão natural no cotidiano do trabalho está dirigida aos corpos doentes.

Ainda assim, os enfermeiros parecem que têm assumido, nestas unidades, uma outra prática que indica uma aproximação com a promoção da saúde, uma vez que, estão inseridos em vários grupos, nos quais referem não discutir apenas as doenças, embora essa prática ainda esteja internalizada nas US e os grupos específicos ( por patologia ou por situação, no caso do pré-natal, por exemplo) são formados a partir da demanda espontânea.

Sobre isso, penso que há que se avançar, pois ainda persistem as práticas dirigidas aos problemas instalados. Não se percebe uma atenção dirigida à antecipação do dano, isto é, medidas profiláticas, como já referido neste estudo.

O desafio é partir para a organização estratégica de atenção, tanto em relação aos condicionantes quanto aos determinantes da saúde e da doença.

As condições, o relacionamento profissional nessas US precisa ser repensado; pois quando, hoje, se discute outras estratégias de atenção, como por exemplo, a destinação de tempo para promover a saúde, ainda nessas US permanece o modelo tradicional da atenção, centralização do atendimento no profissional médico.

Hoje, as US são locais nos quais desenvolvem-se ações de natureza essencialmente curativa, e a preventiva está restrita ou enquadrada nas ações normativamente programadas. Discute-se no mundo todo outra estratégia de atuação deste serviço, ou

melhor, estes locais devem ser pensados como locais estratégicos de mudanças, com investimento na Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde implica em participação das comunidades, representada pela suas diferentes instituições, tais como a escola, a iniciativa privada, as entidades governamentais e não governamentais, que articuladas poderão encaminhar soluções para os agravantes do estado de saúde.

No início do século, adotaram-se estratégias de guerra para intervenção nas comunidades em busca da erradicação de doenças. Hoje o que se busca são estratégias de libertação com responsabilidades divididas, que poderão ser alcançadas através da educação libertadora, o que pressupõe ética nas relações.

Como já mencionado, o Estado não tem assumido, de todo, a responsabilidade pelo setor saúde, pois as medidas que vem tomando não tem respeitado os preceitos constitucionais e os do Sistema Único de Saúde.

Na verdade, o Estado ao assumir a política de ajuste de acordo com os organismos internacionais, tem produzido conseqüências nefastas às sociedades, ampliando a pobreza e aumentando as desigualdades.

Com a municipalização, não está garantido todo o recurso para sua efetivação. Na verdade, a relação necessária entre autoridade, meios e responsabilidades, ainda, é algo a ser conquistado pelos municípios.

As estratégias de intervenção nas comvinidades através do PACS e do PSF, devem ser estratégias para a identificação de outras estratégias de intervenção e não como uma forma de controle e fiscalização da vida das pessoas na comunidade. Creio que aqui há um bom caminho para os enfermeiros que, articulados com esse contingente de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, na perspectiva da organização social das comunidades. Sabe-se que muitos desses ACS já se demitiram do programa por não mais agüentarem a identificação dos problemas e não obterem as respostas. Os caminhos ainda não se cruzaram. Por um lado estão os enfermeiros com o papel de treinar e supervisionar, de outro, os ACS que levantam problemas, os quais nenhum nem outro estão habilitados (no

sentido de dar as respostas cabíveis aos problemas) ou apontar caminhos para a solução dos mesmos.

Os enfermeiros têm sido apontados como elemento necessário às estratégias governamentais desde a década de 20, com as visitadoras sanitárias. Agora com o PACS e o PSF é, novamente, no profissional enfermeiro que é centrada a proposta de mudança, incluindo a auxiliar de enfermagem e o médico, no caso do PSF. Necessário, pois, que o enfermeiro de hoje exerça a crítica em todos os âmbitos (política, social, dentre outras), que lhe foi reprimida anteriormente e, não se restrinja a ‘consolar e socorrer as vítimas da sociedade’ como colocou Germano (1983) sobre as características necessárias aos enfermeiros na época das visitadoras sanitárias.

As mudanças políticas e econômicas do Brasil têm determinado o foco da atenção dos enfermeiros, bem como, redirecionando o foco da formação dos mesmos. Para que o trabalho do enfermeiro não se escravize, em um ou outro foco, é necessário que independente da direção, os fenômenos sobre os quais o enfermeiro irá desenvolver sua prática, devem permitir e, também, serem vistos por ele, como social e historicamente determinados, no contexto das políticas públicas e sociais.

Sendo a enfermagem a maior força de trabalho em saúde que atua no SUS, é uma necessidade urgente que se possibilite conhecer as diretrizes e estratégias desta proposta de atenção, como forma de desalienação dos profissionais, que absorvidos pelo fazer diário, praticamente, não param para pensar sobre o seu processo de trabalho. Assim o fazendo, perdem a clareza da finalidade e do objeto de seu trabalho e com isso os instrumentos utilizados estão estreitamente vinculados com os conhecimentos normativos da programação em saúde.

A reflexão, portanto, torna-se imperativa na proposta de reinvenção das práticas, abrindo caminho para a construção de um modelo de atenção que, baseado no trabalho em equipe, interdisciplinar, possibilite avanços que resultarão em benefício, tanto para os trabalhadores como para os usuários dos serviços de saúde.

Este estudo pretendeu refletir sobre a busca de um trabalho em saúde na perspectiva de que a assistência em saúde seja de qualidade a toda a população e, que se possa

vislumbrar um trabalho coletivo em saúde, na sua essência, em que sejam respeitadas as especificidades de cada profissão, mas que o trabalho realizado no cotidiano das Unidades de Saúde seja criativo, transformador e executado com satisfação. Um trabalho que visa reencontrar a humanidade nas relações em saúde, com sensibilidade, acolhimento e, acima de tudo, com ética.

De todo o processo desenvolvido nesta caminhada, acredito que é preciso romper a lógica da objetividade que impõe as políticas de saúde (as instituições), cujo olhar está dirigido somente para a produção em saúde, do ponto de vista da quantidade. Os enfermeiros queixam-se da cobrança da produção e por isso, muitas vezes, não conseguem dispensar mais tempo às pessoas que os procuram.

No I Simpósio Internacional de Classificação das Práticas em Saúde Coletiva, realizado em maio/2000, em João Pessoa, com o tema central: “Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo” discutiu-se amplamente o papel dos enfermeiros diante das políticas de saúde. A logomarca do evento foi a imagem da ‘abelha enfermeira’,

*“...representando tanto os aspectos humanísticos da profissão, quanto o trabalho individual e coletivo. Por um lado, consideramos que a abelha é um inseto polinizador, disseminador de vida; por outro lado, que a sociedade das abelhas é uma das mais organizadas que se conhece. Cada abelha, ou grupo de abelhas tem uma função específica dentro da colmeia, mas todas trabalham tendo como meta a preservação e o fortalecimento da vida coletiva ” (ISICPESC, 2000:5).*

Se buscarmos em Marx (1986), que o trabalho humano diferencia-se de outros trabalhos, pelo fato do homem pensar e planejar o seu trabalho, enquanto outras sociedades o fazem por instinto, ousaria acrescentar na fala acima que além dos aspectos humanísticos da profissão, seja no trabalho individual ou coletivo, temos uma distinção com relação ao trabalho das abelhas. Podemos pensar sobre o nosso trabalho e diante das necessidades planejar nossas práticas, para além do sentido de preservação, mas de transformação do que hoje se tem, com compromisso, com o fortalecimento da vida individual e coletiva, incluindo aqui a sociedade como um todo e a profissão Enfermagem, em particular. Temos que ser inteligentes o suficiente para, assim como as abelhas, estabelecermos organizações que permitam a sobrevivência com qualidade da espécie, no caso, a espécie humana.

O modelo que vislumbro pode ser um ideal, mas acredito que deva ser buscado, começando por mudanças na organização do trabalho e na organização política da categoria.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste estudo foi a concretização da proposta de busca de subsídios teóricos e práticos que fundamentam a prática dos enfermeiros nos Serviços Públicos de Saúde. Proporcionou, também, a compreensão do trabalho destes profissionais frente as propostas de atenção à saúde do atual sistema de saúde - Sistema Único de Saúde.

Ao propor um estudo sobre as práticas dos enfermeiros, o fiz com a intenção de conhecer com maior clareza o que, hoje, é executado por estes profissionais nos Serviços de Atenção Básica e os instrumentos utilizados na coleta de dados estabeleceu o compromisso de, junto com os enfermeiros, reconstruir a realidade diária do trabalho nas Unidades de Saúde.

A década de 80 é o marco do início do trabalho da enfermagem nesta região na área da Saúde Pública, e este estudo foi a possibilidade de resgatar parte do trabalho realizado até então e, de apontar perspectivas de direcionamento do mesmo, na medida em que, novas estratégias de atuação estão sendo implementadas na região, tais como o PACS e PSF.

A possibilidade de realizar o mestrado tomou-se a possibilidade concreta de ampliar conhecimentos e de aprofundar questões que influenciam nosso fazer diário e sobre os quais, por não se parar para pensar, reproduz-se, não exercendo muitas vezes a crítica e os debates necessários.

Este estudo é um ponto de partida para desvelar as práticas dos enfermeiros em um momento em que, no mundo todo, se discute o trabalho da enfermagem na Saúde Coletiva. Acredito que os enfermeiros, ainda, tenham muito para contar. Creio que dado às limitações do tempo para a execução deste trabalho, uma análise mais complexa, que incluía análise social, precisa ser ainda aprofundada. Possivelmente, outras técnicas, propiciariam apreender o cotidiano do trabalho dos enfermeiros com maior subjetividade.

A impossibilidade de entregar pessoalmente o questionário a todos os enfermeiros não permitiu a conversa explicativa do objetivo do estudo e da importância da participação, mas, mesmo assim, o retorno foi expressivo e acredito que retrata o fazer do enfermeiro nas Unidades de Saúde.

As diferentes realidades vivenciadas no grupo focal enriqueceram o trabalho, e os enfermeiros demonstraram um grande interesse em poder discutir o seu fazer e poder ouvir os outros contarem o que fazem. Foi uma experiência que proporcionou verificar que os profissionais estão disponíveis e sentem-se valorizados ao poderem expor seu trabalho.

O fato dos encontros, nos grupos focais, terem sido realizados durante um dia da semana (3ª feira), pode ser apontado como outro limitador da participação de um número maior de pessoas. Ao serem contatados para o convite de participação no grupo já apontavam a inviabilidade do deslocamento, considerando que algumas cidades situam-se a mais de 200 km de Pelotas.

Acompanhar os enfermeiros durante um dia de trabalho permitiu, além de conhecer a realidade em termos de estrutura física, pessoal e organização do trabalho, um outro olhar para os dados que foram expressos através do questionário. Percebem-se organizações de trabalho próprias nos diferentes municípios, porém o modelo de atenção é o mesmo, centrado na consulta, nas ações programáticas, com dificuldades do trabalho em equipe e internalizado no espaço dos serviços de saúde.

Estas são áreas que necessitam de um estudo mais aprofundado, além da discussão sobre a técnica de grupos, procurando conhecer as peculiaridades desta prática e o papel do enfermeiro. Creio que o uso da triangulação da coleta de dados serviu para o enriquecimento das informações.

Com certeza, posso dizer que este trabalho possivelmente não tenha conseguido apreender todas as práticas, mas o apreendido indica que o enfermeiro desenvolve uma diversidade de ações que o toma um profissional comprometido com o trabalho que realiza, embora não consiga desvincular-se das propostas fechadas que se impõe.

O direcionamento das ações desenvolvidas vai ao encontro do que as Instituições esperam dele o que nem sempre é o que a população precisa. Repensar a forma de executar o trabalho é uma necessidade que se aponta.

Acredito que este repensar deva iniciar, ainda na graduação, com as disciplinas responsáveis pela formação na área de Saúde Coletiva e outras que servirão de apoio como as de psicologia, de educação como instrumento de libertação para si e para a comunidade, bem como, a própria gestão em saúde que, ainda, centra-se muito na área hospitalar, como forma de instrumentalizar o futuro profissional para o enfrentamento das realidades dos serviços.

Aponta-se como necessário e urgente oportunizar espaços para reflexão com o intuito de se repensar o fazer mas, um fazer agregado ao pensar.

Este não é um trabalho que se faz isoladamente o objeto é coletivo, assim como é o trabalho na saúde. Precisa da participação de todas as pessoas, tanto as que executam o trabalho como daquelas que 'usufruem' do trabalho. Repensar a prática começa por repensar a forma de organização do trabalho e do estabelecimento de metas planejadas, estrategicamente, para a consolidação da Saúde Coletiva.

Ressalta-se aqui, o investimento em educação, como já referido, para a formação de pessoas cidadãs, que reivindiquem seus direitos, mas que também conheçam seus deveres, sendo que um deles é o de ajudar a construir o Sistema Único de Saúde; porque o dever do Estado não exclui o dever das pessoas na construção de qualidade de vida e de ambientes saudáveis.

Para concluir este estudo, ousa-se apontar algumas medidas, que acredito serem, viáveis, quais sejam:

- a articulação entre as diferentes US, para que se possa conhecer o trabalho realizado nos distintos locais (municípios). O que se observa hoje, por exemplo, na cidade de Pelotas, é que cada US funciona de uma forma diferente, mesmo as que possuem a mesma orientação, no caso da Secretaria Municipal de Saúde. São várias 'ilhas' dentro de uma mesma cidade, com a organização de trabalho diferenciado, regras de acesso, também, diferenciadas, inviabilizando um esclarecimento à população sobre a melhor forma de utilizar os serviços;
- a articulação entre as Instituições - Secretarias Municipais de Saúde e as Instituições formadoras de Recursos Humanos, no caso, as Universidades e Escolas de formação de nível médio, que utilizam os espaços dos municípios para a formação dos alunos, de forma que se possa conhecer o objetivo dos estágios das diferentes disciplinas e as ações desenvolvidas durante o mesmo, viabilizando a troca de conhecimentos e o surgimento de um espaço de discussão necessário para o crescimento de ambos;
- criar mecanismos de suporte para os profissionais que estão trabalhando, na forma de educação continuada, com espaços de discussão e reflexão sobre o trabalho desenvolvido;
- criar mecanismos de articulação entre as US e a população, de modo a possibilitar a participação da comunidade na organização dos Serviços de Saúde;
- viabilizar o trabalho extramuros, ou seja, criar condições de desenvolver ações junto às escolas ou associações de bairros, com o intuito de disseminar hábitos de vida saudáveis, com vistas à melhoria da qualidade de vida;
- propor alternativas de trabalho em equipe, com reuniões em que as equipes possam planejar suas ações estrategicamente, numa ação articulada no próprio turno de trabalho e entre os diferentes turnos e,
- criar mecanismos que possibilitem o desenvolvimento de pesquisas por parte dos enfermeiros assistenciais, em parceria com as Universidades e Escolas de nível médio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, R.C Política social e normalização institucional no Brasil. In: LYDA, M. **Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - Projeto**. Brasília, 1996.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil. **Manual do Pesquisador - orientação para o trabalho de campo**. Brasília, 1997.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. **ABEn - Série didática: enfermagem para o SUS**. Brasília, 1999. 356 p.
- ALMEIDA, M.C.P. de & Rocha, S.M.M. (Org.) **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA, M.C.P et al. A Situação da Enfermagem nos anos 80. In: 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais**. ABEn. Florianópolis, Ed. da UFSC, 1989.
- ANTUNES, M.J.M. **O Enfermeiro e a Integralidade da Assistência de Enfermagem na Rede Básica do Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte, 1996. 189p. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais.
- ARGENTA, M.I. **Compreender o Processo de Trabalho da Enfermagem: uma necessidade para a Profissão**. Florianópolis, 2000. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.
- BARBOSA, M.A. et al. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no estado de Goiás In: CIPESC - **ABEn - Série didática: enfermagem para o SUS**, Brasília, 1999. p. 89-107.

- BERTOLOZZI, M.R. et al. Classificação da Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: cenário São Paulo. In: CIPESC - **ABEn - Série didática: enfermagem para o SUS**, Brasília, 1999. p. 245-269.
- BRASIL. Lei 8080/90 - 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. CONASEMS - Publicações técnicas- n° 2.
- BRASIL. Lei 8142/90 - 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. CONASEMS - Publicações técnicas- n° 2.
- BRASIL. Lei 7498 - 25 jun. 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas Promotoras de Saúde. **Rev. Promoção da Saúde**, ano 1, n° 1, agosto/outubro 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde.. Municípios Saudáveis. **Jornal do CONASEMS**, ed. Especial, Brasília, agosto/ 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde**. Publicada no D.O.U. em 06.11.96.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização - **Cobertura Vacinal Acumulada em menores de 1 ano - 3<sup>o</sup>** CRS/RS, Pelotas, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Padrões mínimos de assistência de enfermagem á comunidade**. Brasília:MS,1977. 71p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização Sanitária. Setor de Enfermagem. **Modelo geral de Enfermagem**. Brasília:MS,1977. 89p.
- BREILH, J. **Epidemiologia: economia, políticas e saúde**. São Paulo, UNESP- HUCITEC, 1991.
- BUENO,W.S. Boletim: Construindo um gestor pleno. In; Mehry, E.E. & Onocko,R. (Org.) **Agir em Saúde- um desafio para o publico**, São Paulo, Hucitec, 1997. p. 169-195.
- CAMARGO,L. Mães Meninas -Ventres Juvenis, **Jornal Zero Hora**, Porto Alegre, 19 agosto, 2000. Caderno Vida. p. 4-5.

- CAMPOS, G.W. de S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2<sup>ª</sup> ed, São Paulo, ed. HUCITEC, 1994.
- CARTA DE OTTAWA Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Canadá, 1986 In: Ministério da Saúde, **Revista Promoção da Saúde**, ano 1, nº1, 1999. p.36-39.
- CAPOTE MIR, R. & TORANO, R.G. **La Salud Publica en el Siglo XXI: Tendencias y Escenarios**. Tegucigalpa- Honduras, ed. Rossany Auçada F., OPS, 1996. 35 p.
- CASTRO, I.B. Aspectos da força do desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado. Rio de Janeiro, 1977. 93p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: ANTUNES, M.J.M. **O Enfermeiro e a Integralidade da Assistência de Enfermagem na Rede Básica do Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte, 1996. 189p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais.
- CHIANCA, T.C.M. & ANTUNES, M.J.M. (Org.) A Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC, **ABEn** - Série didática: enfermagem para o SUS, Brasília, 1999. 356 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 429 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 47 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 92 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE On Line, 11, Disponível na Internet. <http://www.datasus.gov.br/cns>. Julho de 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde. **Cad. de Saúde Pública**. Disponível na internet. <http://www.scielo.br>. agosto, 2000.
- COSTA, S. As Organizações de Enfermagem como Espaço de Poder. In: 47<sup>º</sup> Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais**. ABEn. Goiânia, Ed. da UFG, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 160/93 de 12 mai. 1993. Aprova o código de ética de enfermagem.
- DIAS, L.P.M. et al. O Nascente ESPENSUL. **Série curso de especialização em projetos assistenciais de enfermagem; momento 0**. REPENSUL:ESPENSUL, Florianópolis, 1998. 134 p.

- DOMINGUES, N.R. & HENRIQUES, J.A. La relación de lo Biológico y lo Social. In: **Higiene Social y Organización de la salud Pública**. Habana - Cuba, Pueblo y Educación, **1987**.
- EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo, ícone ed., **1996**.
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde - Coordenadoria de Informações em Saúde. **Estatísticas de Nascimentos: nascidos vivos 1997 e 1998**. Porto Alegre, **1999**.
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Núcleo de Informação em Saúde. **Estatísticas de Saúde: mortalidade 1997**. Porto Alegre, **1998**.
- FARIA, E.M. O Diálogo entre as Intersubjetividades na Saúde In; **O Processo de Trabalho em Saúde; organização e Subjetividade**. Florianópolis; Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Ed. Papa-Livros, **1999**. p. **121-150**.
- \_\_\_\_\_ **Comunicação na Saúde: Fim da Assimetria...?** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Universitária/ UFPEL, **1998**.
- GENTILE, M. Promoção da Saúde In; Ministério da Saúde, **Revista Promoção da Saúde**, ano **1**, n<sup>o</sup> **1**, **1999**. p. **9-17**.
- GERMANO, R.M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo; Cortez, **1983**.
- \_\_\_\_\_ O Poder e o Saber em Enfermagem; Ensino, Pesquisa e Assistência. In; CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, **47**, **1995**, Goiânia. **Anais**. ABEn. Ed. daUFG, **1996**. p. **105-107**.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente por situação de domicílio e sexo, **1996** e Estimativa populacional **1999**. Pelotas, **2000**.
- IYDA, M. **Cem Anos de Saúde Pública; a cidadania negada**. São Paulo; Editora da Universidade Estadual Paulista, **1994**.
- L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde; avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. de Saúde Pública**. vol. **15** Disponível na internet. <http://www.scielo.br> , julho **2000**.
- LANA, F.C.F. & ROCHA, S.M.M. Organização Tecnológica do Trabalho em Hanseníase com a Introdução da Polioquimioterapia. In; Almeida, M.C.P. de & Rocha, S.M.M.(Org.) **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo; Cortez, **1997**. p. **13-150**.
- LEOPARDI, M.T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UFSC- Florianópolis, Ed. Papa-Livros, **1999**. P. **176**.



LESSA, L.C.B. **Rio Grande do Sul: prazer em conhecê-lo**. Ed. Globo, Rio de Janeiro, 1984.

LIMA, M.A. & ZANCAN, L.P. **O Discurso da Educação em Saúde (1940-1980): Uma Contribuição para a História das Políticas Públicas de Saúde, no Brasil**. ICHF/UFF.

LIMA, M.J. O serviço de enfermagem nos ambulatórios da Previdência Social. Ver. Brs. Enfermagem, v.18,n.5,p.506-510, 1965. In: ANTUNES, M.J.M. **O Enfermeiro e a Integralidade da Assistência de Enfermagem na Rede Básica do Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte, 1996. 189p. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais.

LUZ, H. et al. **Estudo Exploratório da Situação de Enfermagem em Pelotas**. Pelotas, Trab. mimeo, 1977. 7 p.

MARZIALE, M.H. & MENDES, I.C. Promovendo saúde através da formação de recursos humanos: experiências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. . In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1995, Goiânia. **Anais**. ABEn. Ed. daUFG, 1996. p. 177.

MARX, K. El Capital. Crítica de la Economía Política. Tomo I, 1986, p. 140 In: Faria, E.M. **O Diálogo entre as Intersubjetividades na Saúde**, Florianópolis, 1999 p. 128.

MEHRY, E.E. A Rede Básica Como Uma Construção da Saúde Pública e Seus Dilemas, In: Mehry, E.E. & Onocko,R. (Org.) **Agir em Saúde- um desafio para o publico**, São Paulo, Hucitec, 1997. p. 197-228.

MELO, C.M.M **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3<sup>o</sup> ed., São Paulo, HUCITEC- ABRASCO, 1995.

---

**Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.

MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Org) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Pãulo, Ed. HUCITEC, 1997. p.385.

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo, HUCITEC, 1993.

NETO et al. A respeito do tema da 11<sup>o</sup> CNS - tribuna livre. Disponível na internet. <http://www.datasus.gov.br/cns>. Julho,2000..

NURSING Atualidades. **Programa de saúde da família e agentes comunitários de saúde - modelo ativo de assistência valoriza o papel do enfermeiro.** São Paulo. Ed. Ferreira & Bento, Itda, ano 1, nº3, p.6, agosto, 1998.

OGUSSI, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Nursing**, São Paulo, ano 3, nº 20, p. 22-29, janeiro,2000.

OLIVEIRA, J.A.& TEIXEIRA, S. M. F. In: Mendes, E. V. (org.) **Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 3<sup>^</sup> ed., São Paulo, Hucitec- Abrasco, 1995. p. 22.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Descentralización de los Servicios de Salud: Deseño, mantenimiento y conservación de Unidades en los Sistemas Locales de Salud. **Série Desarrollo de Servicios de Salud.** nº 24 (Tomo I), Uruguay, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **El ejercicio de la enfermería:** informe de un Comitê de Expertos de la OMS, Genebra, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS 1995. *Human Development Report 1995.*  
<<http://www.undp.org/%20hdr/1995>>

ORNELLAS, C. P. Cidadania e Direitos Sociais. **Revista Enfermagem UERJ**, RJ, v.3, n.2, p. 184-188, out.1995.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. USP/ Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1994.

PIRES, D. Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem. São Paulo, Cortez Ed., 1989.

\_\_\_\_\_ **Processo de Trabalho em Saúde, no Brasil, no Contexto das Transformações Atuais na Esfera do Trabalho:** estudo em instituições escolhidas. Campinas, 1996. 347 p. Tese ( Doutorado em Ciências Sociais) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

\_\_\_\_\_ A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde In: **O Processo de Trabalho em Saúde:** organização e Subjetividade. Florianópolis, Ed. Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública.,** São Paulo, Ed. Unesp - Hucitec/ Abrasco, 1994.

SANTOS, E.R.dos & Shimizu, H.E. Breve Histórico da'Assistência à Saúde no Distrito Federal e Caracterização de Cenário na Perspectiva da Saúde Coletiva: CIPESC Brasília - Brasil. In: CIPESC - **ABEn - Série didática: enfermagem para o SUS,** Brasília, 1999.p. 66-79.

SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, 1,SIMPÓSIO NACIONAL DE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 5, 2000, João Pessoa. Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo - **Programa e resumos**. João Pessoa, maio de 2000. 91 p.

SCHRAIBER, L.B. **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1990.

SOUZA, A.M.F. Reorganização de Sistemas. **Rev. Promoção da Saúde**, Ministério da Saúde, Brasília, ano 1/ n° 1 - p. 33 - 34, ago/out 1999.

THUMÉ, E. **Desenvolvendo Uma Prática Educativa no Ingresso de Novos Profissionais no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública**. Pelotas, 1998. 41p. Trabalho não publicado.

SANTANA, A. et. al. Zona Sul, no terceiro ciclo. **Jornal Zero Hora**, Porto Alegre, 3 de julho de 2000. Almanaque das regiões. 23p.

SECRETARIA ESTADUAL SAÚDE E MEIO AMBIENTE. **Programas de Saúde**. Porto Alegre, 1997.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS. **Banco de dados da Zona Sul - RS**. ITEPA, Boletim Informativo n°09. Pelotas, EDUCAT, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Conselho Universitário. **Ata reunião realizada dia 28 de agosto de 1976**. n° 05/76

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Boletim Sinais de Mercado em Saúde. Ju/ago/set. 1999. Disponível na internet [http://www.datasus.gov.br/cns/documentos/BoletimRH1 .htm](http://www.datasus.gov.br/cns/documentos/BoletimRH1.htm). julho, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. Serviço de Referência. Catálogo de universidades. Disponível na Internet <http://www.br.ufsc> setembro de 2000.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v.23, n.53. Rio de Janeiro, 1999.

VERDI, M. **Com a Palavra, as Enfermeiras: concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da rede básica de saúde**. Florianópolis, 1993. 166 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.

VICENTE J. M. **Flexibilité du travail et plasticité humaine**. Texto apresentado no seminário "La Crise du Travail". Collège International de Philosophie, Paris. 1994. (mimeo).



**ANEXO I**  
**NORMAS TÉCNICAS E OPERACIONAIS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DO**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL , revisado em 1997.**

**1. SEÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**1.1 - PROGRAMA DE CONTROLE DA DESNUTRIÇÃO NA CRIANÇA**

Unidades de Saúde com médico diariamente, o Enfermeiro:

- treina e supervisiona as atividades dos auxiliares;
- organiza e desenvolve atividades de promoção da saúde para os diversos programas;
- supervisiona as atividades da sala de rehidratação oral;
- coleta dados e elabora relatórios para enviar à DRS ou nível central.

Unidades de Referência Ambulatorial, o Enfermeiro:

- desempenha as mesmas atividades que a Enfermeira da Unidades com Médico Diariamente;
- promove a distribuição de insumos e recursos materiais para as Unidades de Saúde;
- supervisiona as atividades das Unidades de Saúde;
- recebe, compila e remete para nível central os dados recebidos das Unidades de Saúde;
- programa e promove cursos para as Unidades de Saúde;

**1.2 - PROGRAMA DE CONTROLE DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS**

Unidades de Saúde com médico diariamente, ao Enfermeiro compete:

- treinar e supervisionar as atividades dos auxiliares;
- organizar e desenvolver atividades de promoção da saúde para os diversos programas;
- coletar dados e elaborar relatórios para enviar à DRS ou nível central;

Sedes das Delegacias Regionais de Saúde

Ao Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, compete:

- promover a distribuição de insumos e recursos materiais para as Unidades de Saúde;
- supervisionar as atividades das unidades de saúde;
- receber, compilar e remeter para nível central os dados recebidos das U.S.
- programar e promover cursos para as U.S.

**2. AÇÕES EM SAÚDE: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS (**  
**IMUNIZAÇÕES, DIFTERIA, TÉTANO, POLIOMIELITE, SARAMPO,**  
**MENINGITES, HEPATITES, RUBÉOLA, MALÁRIA E CÓLERA).**

**2.1 - PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES**

Não apresenta níveis de execução e atribuições à profissionais

**2.2 - PROGRAMA DE CONTROLE DA DIFTERIA**

Unidades com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta a população para a importância da vacinação de crianças com a vacina triplice bacteriana ( contra difteria, tétano e coqueluche);
- notifica o caso suspeito;
- coordena a investigação epidemiológica;
- realiza visita domiciliar, em escolas, etc., para identificação dos comunicantes e/ou de outros casos;
- coleta material de nasofaringe e orofaringe dos comunicantes, para serem encaminhados ao laboratório de referência;
- orienta sobre quimioprofilaxia de comunicantes e demais medidas de controle;
- registra os dados na ficha de investigação epidemiológica.

### 2.3 - PROGRAMA DE CONTROLE DO TÉTANO

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta a população par a importância da vacinação de crianças, gestantes, mulheres em idade fértil e adultos em geral, contra o tétano;
- notifica o caso suspeito de tétano;
- desencadeia e coordena a investigação epidemiológica do caso suspeito;
- orienta o paciente e/ou responsável com relação a prevenção da doença;
- realiza visita a hospitais, a clínicas privadas, a escolas, a creches,etc., para busca ativa de outros casos;
- registra os dados na ficha de investigação epidemiológica.

### 2.4 - PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA POLIOMIELITE E PARALISIAS AGUDAS E FLÁCIDAS

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta a população par a importância da vacinação de crianças contra a poliomielite;
- notifica o caso suspeito;
- desencadeia e coordena a investigação epidemiológica;
- orienta o paciente e/ou responsável com relação as medidas de controle;
- orienta os pacientes e/ou responsável quanto a coleta das amostras de fezes;
- realiza visita domiciliar, em escolas, etc., para identificação dos comunicantes e/ou outros casos;
- registra os dados na ficha de investigação epidemiológica.

### 2.5 - PROGRAMA DE CONTROLE DO SARAMPO

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta a população para a importância da vacinação de crianças contra o sarampo;
- notifica o caso suspeito;
- encaminha o paciente ao laboratório para coleta de sangue;
- realiza a investigação epidemiológica;
- orienta o paciente e/ou responsável com relação às medidas de controle;
- realiza visita domiciliar, a escolas, creches, etc., para busca ativa de outros casos e desencadeia a vacinação de bloqueio;
- registra os dados na ficha de investigação epidemiológica.

## 2.6 - PROGRAMA DE CONTROLE DAS MENINGITES

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro:

- notifica caso suspeito de meningite;
- realiza visita a domicílios, escolas, creches para orientação da população a respeito da doença, quando da ocorrência de caso;
- orienta o uso da medicação quimioprolática;
- realiza a investigação epidemiológica.

## 2.7 - PROGRAMA DE CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro:

- notifica o caso suspeito;
- encaminha o paciente ao laboratório para coleta de sangue para exames bioquímicos e sorológicos;
- realiza a investigação epidemiológica;
- orienta o paciente e/ou responsável com relação às medidas de controle;
- realiza visita a domicílios, escolas, creches, etc., para busca ativa de outros casos e orienta medidas de controle;
- orienta a coleta de água para exame bacteriológico;
- registra os dados na ficha de investigação epidemiológica;
- encaminha para vacinação contra o vírus B, quando houver indicação, para a mesma.

Unidade de Referência Ambulatorial, o Enfermeiro treinado:

- executa as mesmas funções da Enfermeira da Unidade Com Médico Diariamente;
- coordena as atividades de vigilância epidemiológica nas Unidades de Saúde do Município;
- orienta a aplicação de vacinas contra o vírus B.

## 2.8 - PROGRAMA DE CONTROLE DA RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

Unidades com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta a população para a importância da vacinação de crianças com a vacina triplice viral ( contra sarampo, caxumba e rubéola);
- notifica o caso suspeito;
- encaminha o paciente ao laboratório para coleta de sangue;
- realiza a investigação epidemiológica;
- orienta o paciente e/ou responsável com relação às medidas de controle;
- realiza visita domiciliar, a escolas, creches, etc., para busca ativa de outros casos e desencadeia a vacinação de bloqueio;
- registra os dados na ficha de investigação epidemiológica.

Unidade de Referência Ambulatorial, o Enfermeiro:

- executa as mesmas funções da Enfermeira da Unidade com Médico Diariamente;
- coordena as atividades de vigilância epidemiológica nas Unidades de Saúde do Município.

## 2.9 - PROGRAMA DE CONTROLE DA MALARIA

Unidades Sem Posto de Notificação de Malária e Enfermeira não treinada:

- orienta a população sobre os sintomas de malária e medidas de controle;
- notifica casos suspeitos de malária;
- encaminha pacientes suspeitos para consulta.

Unidades Com Posto de Notificação de Malária e Enfermeira Treinada:

- orienta a população sobre os sintomas de malária, medidas de controle e tratamento;
- notifica e investiga casos suspeitos de malária;
- confecciona lâminas com gota espessa de sangue e com esfregaço sanguíneo, para diagnóstico laboratorial;
- envia a lâmina para a DCDTA;
- encaminha pacientes suspeitos para consulta médica;
- recebe o resultado do exame laboratorial e comunica ao paciente;
- fornece a medicação, conforme orientação do Ministério da Saúde;
- orienta o paciente sobre a necessidade de realizar lâminas de verificação de cura;
- encaminha o paciente ao médico para acompanhamento do caso clínico;
- orienta sobre a necessidade de procurar o serviço de saúde se não houver melhora ou se sentir outros sinais e sintomas.

## 2.10 - PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA CÓLERA

Unidades com médico diariamente, o Enfermeiro:

- notifica o caso suspeito;
- colhe swab retal para pesquisa de vibrião colérico e encaminha para o laboratório de Referência;
- realiza a investigação epidemiológica;
- orienta o paciente e/ou responsável com relação ao tratamento domiciliar e às medidas de controle;
- realiza a visita domiciliar para busca ativa de outros casos;
- registra dados na Ficha de Investigação Epidemiológica.

## 3. SEÇÃO DE CONTROLE DE AGRAVOS CRÔNICO-DEGENERATIVOS

### 3.1 - PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Unidade de Saúde com médico diariamente, o Enfermeiro:

- treina e supervisiona a atividade do auxiliar;
- procede consulta de enfermagem abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, aderência ao tratamento;
- organiza e desenvolve atividades de promoção em saúde e organiza e coordena grupos de hipertensos;
- coleta dados, elabora relatórios e remete para DRS.

Unidade de Referência com especialista, o enfermeiro realiza as mesmas atividades desempenhadas na Unidade de Saúde anteriormente referida.



### 3.2 - PROGRAMA DE CONTROLE DO DIABETES MELITUS

Unidade de saúde com médico diariamente, o Enfermeiro:

- treina e supervisiona o auxiliar
- procede consulta de enfermagem abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, aderência ao tratamento;
- organiza e desenvolve atividades de promoção de saúde e organiza e coordena grupos de pacientes diabéticos;
- coleta de dados, elabora relatórios e encaminha para a DRS

OBS: serão de competência do Enfermeiro, as atividades de fornecer requisição para exame inicial de triagem, a conferência dos resultados e a investigação sobre fatores de risco para DM 2 nos consultantes.

Unidade de saúde com especialista, o enfermeiro realiza as mesmas atividades desempenhadas na US anteriormente referida.

### 3.3- PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

Unidade de Saúde com Médico Diariamente, o Enfermeiro:

- treina e supervisiona a atividade do auxiliar;
- procede consulta de enfermagem abordando busca de melhoria habitacional, aderência ao tratamento quando for necessário;
- organiza e desenvolve atividades de promoção em saúde;
- coleta dados, elabora relatórios e remete à DRS;

**OBS: serão competência do Enfermeiro:**

- fornecer requisição para exames iniciais de triagem;
- conferir os resultados dos mesmos
- investigar fatores favoráveis à presença do inseto-vetor.

Unidades de Referência com especialista, o enfermeiro realiza as mesmas atividades desempenhadas nas Unidades de Saúde anteriormente referidas.

## 4. SEÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

Instrução Técnica: a padronização de procedimentos ao atendimento ao idoso não especifica atribuições diferentes para os profissionais da saúde e as orientações são gerais na forma como atender uma pessoa idosa.

## 5. AÇÕES EM SAÚDE: AIDS

### 5.1 - PROGRAMA DE CONTROLE DA AIDS

Enfermeiro Treinado:

- Treina e supervisiona as atividades dos auxiliares;
- Organiza e desenvolve atividades de promoção à saúde para os diversos programas;
- Desenvolve atividades específicas de prevenção e educação em HIV/ AIDS na unidade, se solicitada;

- Faz aconselhamento pré e pós teste anti-HIV;
- Controla o fluxo de notificação de casos de AIDS remetendo as fichas à DRS e à Seção de Controle de AIDS;
- Controla estoques de insumos;
- Controla produtividade e envia relatórios às DRS;
- Organiza o fluxo do sangue colhido na unidade para o laboratório regional;
- Controla o recebimento do resultado de exames;
- Responsabiliza-se pelo respeito ao sigilo em relação ao HIV dentro da unidade
- Orienta pacientes e familiares quanto a busca de medicamentos especiais no nível central;
- Treina auxiliares de unidades sem médico diariamente nas atividades em geral e específicas de prevenção/educação em HIV/AIDS.

E ainda, em unidades de Referência Ambulatorial:

- programa e promove treinamentos para técnicos e auxiliares de Unidades de Saúde
- organiza grupos mais expostos na comunidade para trabalhar prevenção do HIV/AIDS, criando multiplicadores de informação.

## **6. SEÇÃO DA SAÚDE DA MULHER**

### **6.1 - PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta mulheres sobre o câncer de colo de útero;
- colhe material para exame citopatológico;
- encaminha pacientes para consulta médica.

Unidade com médico especialista, o Enfermeiro:

- realiza as mesmas atividades que a enfermeira da unidade com médico diariamente.

Unidade de Referência Ambulatorial, o Enfermeiro treinado realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidades com médico diariamente e com especialista.

### **6.2 - PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA**

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro treinado:

- orienta mulheres sobre o câncer de mama;
- realiza palpação de mamas;
- encaminha pacientes com alteração nas mamas para consulta médica.

Unidade com médico especialista o Enfermeiro treinado realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidade com médico diariamente.

Unidade de Referência Ambulatorial, o Enfermeiro treinado realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidades com médico diariamente e com especialista.

### 6.3 - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: detecção e controle da gravidez de alto risco

Unidade com médico diariamente o Enfermeiro Treinado:

- orienta mulheres sobre a importância do Pré-natal, amamentação, vacinação, etc.
- realiza reconsulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- encaminha gestantes identificadas como de risco, para o pré-natalista;
- participa de grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc.;
- organiza a Unidade e solicita insumos

Unidade com médico especialista o Enfermeiro treinado realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidade com médico diariamente.

### 6.4 - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

- ENFERMEIRO não está previsto como membro equipe multidisciplinar.

## **7. AÇÕES EM SAÚDE: PNEUMOLOGIA SANITÁRIA (TUBERCULOSE E IRA DO ADULTO)**

### 7.1. PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Aos Enfermeiros em Unidades de Referência competem:

- realizar as atividades administrativas de rotina mensal;
- revisar mensalmente os impressos padronizados, controlar o estoque e a distribuição do material de enfermagem do PCT;
- controlar a expedição pela DRS dos tuberculostáticos, do material de baciloscopia e para teste tuberculínico às Unidades Sanitárias da região;
- treinar pessoal auxiliar nas técnicas padronizadas do teste tuberculínico e na vacinação BCG-intradérmico, na organização do setor de tuberculose da Unidade Sanitária, na educação para saúde e no manejo de pacientes tuberculosos;
- acompanhar permanentemente as atividades e desempenho do setor de tuberculose das Unidades Sanitárias da região e contribuir no que for possível para que sejam alcançados os objetivos e as metas do PCT;
- supervisionar o setor de Tuberculose das Unidades Sanitárias da região referente aos assuntos de enfermagem.

### 7.2. PROGRAMA DE CONTROLE DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS DO ADULTO

Unidade de saúde com médico diariamente ao Enfermeiro compete:

- treinar e supervisionar as atividades dos auxiliares;
- coletar dados e elaborar relatórios para enviar à DRS ou Nível Central.

Sedes das Delegacias Regionais de Saúde, ao Enfermeiro ou Médico compete;

- promover a distribuição de insumos e recursos materiais para as Unidades de Saúde;
- supervisionar as atividades das Unidades de Saúde;

- receber, revisar e remeter para nível central os dados recebidos das Unidades de Saúde.

## **8. AÇÕES EM SAÚDE: SAÚDE MENTAL E NEUROLÓGICA (PSICOSES, ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS E CONTROLE DA EPILEPSIA)**

### **8.1 PROGRAMA DE CONTROLE DAS PSICOSES**

Unidades com médico diariamente, o Enfermeiro Treinado:

- orienta os auxiliares de enfermagem;
- realiza o primeiro atendimento, verificando a Guia de Encaminhamento de Egresso; a medicação de alta; orientando os familiares quanto ao comparecimento nos grupos de egressos ou nas consultas;
- realiza grupos de egressos com data e hora marcada;
- realiza grupos de familiares de pacientes psicóticos;
- sabe reconhecer os sintomas de reagudização, conforme manual e encaminha para consulta médica.

Unidades com médico especialista, o Enfermeiro treinado:

- realiza as mesmas atividades que a enfermeira da Unidade com médico diariamente

Unidade de Referência Ambulatorial o Enfermeiro treinado:

- realiza as mesmas atividades que a enfermeira das Unidades antes referidas;
- treina pessoal auxiliar para reconhecer sintomas de reagudização e encaminhar para consulta de enfermagem;
- ministra cursos de promoção da saúde, nas unidades básicas e aonde for requisitada, conforme critérios estabelecidos pelo ambulatório.

### **8.2- PROGRAMA DE CONTROLE DO ALCOOLISMO E DE OUTRAS DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS**

Unidades com médico diariamente, o Enfermeiro treinado:

- orienta familiares sobre o problema, necessidade de tratamento ambulatorial ou hospitalar;
- realiza grupos;
- orienta os auxiliares de enfermagem;
- encaminha os pacientes para atendimento médico

Unidades com médico especialista o Enfermeiro treinado:

- realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidade com médico diariamente.

Unidade de Referência Ambulatorial o Enfermeiro treinado:

- realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidade com médico diariamente e com especialista, utiliza o bafômetro para verificar alcoolemia;
- ministra cursos de Promoção da Saúde, nas Unidades básicas e onde for requisitado, conforme critérios estabelecidos pelo ambulatório.

### 8.3 - PROGRAMA DE CONTROLE DA EPILEPSIA

Unidades com médico diariamente, o Enfermeiro treinado:

- orienta os auxiliares de enfermagem
- orienta os pacientes e familiares sobre epilepsia
- encaminha pacientes com história de epilepsia para consulta médica.

Unidades com médico especialista, o Enfermeiro treinado:

- realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidade com médico diariamente;
- ministra curso de Promoção da Saúde, nas unidades básicas e na comunidade escolar, religiosa, Brigada Militar e demais conforme necessidade.

## **9. AÇÕES EM SAÚDE: DERMATOLOGIA SANITÁRIA (HANSENÍASE E CÂNCER DE PELE)**

### 9.1. PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro treinado:

- faz previsão de medicamentos e imunobiológicos e encaminha-as para o nível regional;
- convoca para exame e BCG os contatos intradomiciliares ainda não examinados;
- vacina com BCG intradérmico;
- desenvolve ações de educação em saúde dirigida ao doente e à comunidade;
- desenvolve atividades básicas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas mediante técnicas simples;
- supervisiona a administração da dose supervisionada;
- convoca os faltosos;
- preenche e encaminha para o nível regional o Boletim de Acompanhamento de Hanseníase, com a situação de controle dos pacientes da Unidade.

Unidade com médico especialista, o Enfermeiro treinado realiza as mesmas funções que o enfermeiro da unidade com médico diariamente.

### 9.2 - PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE PELE

Unidades com médico diariamente, o Enfermeiro treinado:

- orienta sobre o câncer de pele;
- orienta sobre o auto-exame da pele;
- encaminha os pacientes com lesões suspeitas para consulta médica;

Unidades com médico especialista, o Enfermeiro treinado realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidade com médico diariamente.

Unidade de Referência Ambulatorial, o Enfermeiro treinado realiza as mesmas atividades que o enfermeiro da unidade com médico diariamente e com especialista.

## **10. AÇÕES EM SAÚDE: ZONÓSES E VETORES (RAIVA, LEPTOSPIROSE, HIDATIDOSE E SIMULÍDEOS)**

### **10.1- PROGRAMA DE CONTROLE DA RAIVA**

Unidades de saúde sem médico ou enfermeiro diariamente, o médico ou enfermeiro:

- orientam os pacientes sobre a situação de risco e sobre medidas preventivas;
- realizam consulta para confirmação diagnóstica;
- prescrevem tratamento profilático anti-rábico humano de pré-exposição, pós-exposição e de re-exposição, quando indicada;
- providenciam para que o tratamento anti-rábico não seja interrompido nos finais de semana;
- encaminham o paciente para a Unidade de Saúde de maior complexidade, toda vez que for necessário a aplicação de soro.

### **10.2 - PROGRAMA DE CONTROLE DA LEPTOSPIROSE**

Não há especificação de atividades para o enfermeiro, apenas agente comunitário de saúde e para auxiliar.

### **10.3 - PROGRAMA DE CONTROLE DA HIDATIDOSE**

Não há especificação de atividades para o enfermeiro, apenas agente comunitário de saúde e para auxiliar.

### **10.4 - PROGRAMA DE CONTROLE DE SIMULÍDEOS**

Não há especificação de atividades para o enfermeiro, apenas agente comunitário de saúde e para auxiliar.

## **11. AÇÕES EM SAÚDE: VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

### **11.1 - PROGRAMA DE CONTROLE DE ENFERMIDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS**

O programa não especifica quais os profissionais que irão atuar, refere apenas que é um técnico de nível superior. Atribui as responsabilidades nas diferentes instâncias: DRS, Municípios municipalizados e unidades sanitárias de município não municipalizado.

### **11.2 - PROGRAMA DO SETOR DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA**

O programa não especifica quais os profissionais que irão atuar, refere apenas que é um técnico de nível superior. Atribui as responsabilidades nas diferentes instâncias: DRS, Municípios municipalizados e unidades sanitárias de município não municipalizado.

### **11.3 - PROGRAMA DO SETOR DE CONTROLE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**

O programa não especifica quais os profissionais que irão atuar e atribui as responsabilidades nas diferentes instâncias: DRS, Municípios municipalizados e unidades sanitárias de município não municipalizado.

### **11.4 - PROGRAMA DO SETOR DE CONTROLE DA QUALIDADE DO SANGUE**

Atribui as funções das DRS e dos municípios, não especifica quais os profissionais quem irão operacionalizar as diferentes atribuições.

#### 11.5 - PROGRAMA DO SETOR DE CONTROLE DE RADIAÇÕES

O programa não especifica quais os profissionais que irão atuar e atribui as responsabilidades nas diferentes instâncias: DRS, Municípios municipalizados e unidades sanitárias de município não municipalizado.

#### 11.6 - PROGRAMA DO SETOR DE ALIMENTOS (INDÚSTRIA)

O programa não especifica quais os profissionais que irão atuar e atribui as responsabilidades nas diferentes instâncias: Ministério da agricultura, ministério das minas e energia, Secretaria Estadual da Agricultura e Abastecimento, Ministério da Saúde, Divisão de Vigilância Sanitária, DRS, Municípios municipalizados e unidades sanitárias de município não municipalizado.

#### 11.7 - PROGRAMA DO SETOR DE COSMÉTICOS E SANEANTES

Não há especificação.

#### 11.8 - PROGRAMA DO SETOR DE MEDICAMENTOS ( COMÉRCIO)

Não há especificação.

#### 11.9 - PROGRAMA DO SETOR DE MEDICAMENTOS (INDÚSTRIA)

Não há especificação.

### **12. SEÇÃO DA SAÚDE BUCAL**

#### 12.1 - PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE BOCA

Não há especificação.

#### 12.2 - PROGRAMA DE CONTROLE DA CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL

Não há especificação.

### **13. SEÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL**

#### 13.1 - PERDA AUDITIVA INDUZIDA PELO RUÍDO OCUPACIONAL (PAIRO)

Unidade de Saúde com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta os pacientes com sintomas auditivos e expostos à ruído ocupacional, com relação a PAIRO e as medidas de controle e os encaminha à consulta médica;
- aplica questionário nos consultantes da Unidade de Saúde para detecção de perda auditiva.

Unidade de Referência Ambulatorial, o Enfermeiro do Trabalho:

- realiza a mesma função que a enfermeira da unidade com médico diariamente;
- participa das atividades executadas pelo médico do trabalho;
- solicita exames complementares para o diagnóstico;
- realiza a vistoria da Empresa para a confirmação donexo causai;

- define fluxograma interno de atendimento dos casos encaminhados;
- define o modo de comunicação da existência do agravo para o trabalhador, o Sindicato e a Empresa, preservando as questões éticas;
- estabelece rotinas de encaminhamentos de casos ao INSS, com definição de prazos de tramitação nas entidades;
- estabelece rotinas de encaminhamentos de casos ao Centro de Reabilitação Profissional (CRP), com definição de prazos para realização dos procedimentos e conclusões.

### 13.2 - ACIDENTE TIPO OU TÍPICO

Unidades de Saúde com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta, supervisiona e executa, quando necessário, o atendimento de enfermagem de urgência;
- agiliza o transporte do acidentado incapacitado de se locomover para a unidade de referência;
- emite a CAT (comunicação acidente de trabalho) em 6 vias;
- orienta o acidentado sobre a importância da adoção de medidas de controle e riscos ocupacionais.

Unidade de Referência, o Enfermeiro:

- orienta, supervisiona e executa, quando necessário, o atendimento de enfermagem de urgência;
- registra o atendimento prestado na Ficha de Atendimento Ambulatorial - FAA;
- providencia o envio dos impressos do SUS para a DRS ou outro setor previamente determinado;
- orienta o fluxo de atendimento no INSS, nos casos encaminhados à perícia médica;
- orienta o acidentado sobre a importância da adoção de medidas de controle de riscos ocupacionais.

### 13.3 - INTOXICAÇÃO POR PRODUTOS QUÍMICOS

Unidade com médico diariamente, o Enfermeiro:

- orienta, supervisiona e executa, quando necessário, o atendimento de enfermagem de urgência;
- agiliza o encaminhamento do consultante para a unidade de referência apropriada (ambulatorial ou hospitalar);
- emite CAT em 6 vias;
- orienta o consultante sobre a importância da adoção de medidas de controle de riscos ocupacionais.

Unidade de Referência, o Enfermeiro:

- orienta, supervisiona e executa, quando necessário, o atendimento de enfermagem de urgência;
- providencia o envio dos impressos do SUS para o D AH A ou outro setor previamente determinado da SSMA;
- orienta o acidentado sobre a importância da adoção de medidas de controle de riscos ocupacionais.



**ANEXO II**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA -UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA**  
**TURMA UFSC 1998/1**

Pesquisa: AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, NA ZONA SUL DO RIO GRANDE DO SUL.

Pesquisadora: Mda. Elaine Thumé  
Orientadora: Dra. Eliana Marília Faria  
Co-orientação: MSc. Vanda Maria da Rosa Jardim

Questionário n°: \_\_\_\_\_

Cara(o) Enfermeira(o):

Estou lhe enviando este questionário que servirá como base de dados para conhecermos o trabalho desenvolvido por nós enfermeiras(os), na rede de atenção básica à saúde. Sua participação é muito importante, por isso, gostaria que você respondesse a este instrumento, lembrando que não precisa colocar seu nome, nem seu local de trabalho (nome do posto/ cidade), e que o anonimato esta garantido.

Este instrumento estará sendo distribuído para todas(os) as (os) enfermeiras(os) que atuam na atenção básica, na zona sul do Estado do RS, entre o final do mês de dezembro de 99 e janeiro de 2000 e, sua participação é indispensável!

Se você cansar de respondê-lo, dê um tempo, uma caminhada e depois retome-o. Sei que está extenso mas, não precisa preenchê-lo em uma só vez.

Nesta primeira parte encontram-se perguntas que permitirão conhecer quem somos, a quanto tempo trabalhamos e como estamos trabalhando para, desta forma, podermos traçar um perfil das(os) enfermeiras(os) que desenvolvem suas atividades nesta região do RS.

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Anos de Formada(o): \_\_\_\_\_

4. Escola ou Universidade onde cursou a Graduação em Enfermagem:

---

5. Anos de trabalho:

- na Enfermagem: \_\_\_\_\_
- na Saúde Pública: \_\_\_\_\_
- nesta Instituição: \_\_\_\_\_
- nesta Unidade de Saúde ou, na função/ atividade atual: \_\_\_\_\_

6. A Instituição em que você trabalha é:

- Municipal
- Estadual
- Federal

7. Você tem outro emprego atualmente?  Sim  Não

7.1 - Caso afirmativo:  um  
 mais de um

7.2 - Especifique, por favor, a(s) área(s) do outro emprego:

- Hospital  Saúde Pública  Clínica Privada  Centro de Pesquisa
- Docência  Ambulatório Privado
- Outro, se puder, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

7.3 - Os dois ( ou mais) empregos são na mesma cidade?  Sim  Não

As perguntas a seguir referem-se ao seu trabalho na Saúde Pública em Unidade Básica de Saúde:

8. Qual a jornada de trabalho efetuada na Instituição?

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas

9. Qual a quantidade de turnos de funcionamento da Unidade em que você trabalha?

- um turno
- dois turnos
- três turnos

10. Esta Unidade de Saúde localiza-se na Zona:

- Urbana
- Rural

11. Sua jornada de trabalho é integral nesta Unidade?  Sim  Não

12. Caso a resposta da pergunta anterior for negativa, as outras atividades que você exerce é (ou são) na:

- supervisão em outra unidade de saúde na zona urbana.
- supervisão em outra unidade de saúde na zona rural.
- responsável por programa de saúde, qual (ais)? \_\_\_\_\_
- gerenciamento/ coordenação do serviço de enfermagem
- outra atividade. Por favor, especifique \_\_\_\_\_

13. Você já teve oportunidade de fazer algum Curso de Pós-graduação?

- Sim  Não

13.1 - Caso afirmativo:

Especialização - Qual a área? \_\_\_\_\_

Mestrado - Qual a área? \_\_\_\_\_

14. Você está cursando algum curso de pós-graduação atualmente?

Sim  Não

14.1 - Caso afirmativo:

Especialização - Qual a área? \_\_\_\_\_

Mestrado - Qual a área? \_\_\_\_\_

15. Você teve oportunidade de fazer algum Curso de atualização ( com 20 horas ou mais) nos últimos 3 anos?

Sim  Não

15.1 - Caso tenha realizado, cite os 5 cursos mais importantes na sua opinião.

---

---

---

---

---

16. No seu local de trabalho ( na unidade de saúde) existe alguma atividade de educação continuada?

Sim  Não

16.1 - Caso afirmativo, em quais áreas?

---

---

17. A Instituição em que você trabalha promove educação continuada?

Sim  Não

17.1 - Caso afirmativo, em quais áreas?

---

---

17.2 - com que frequência? \_\_\_\_\_

18. Você participou de alguma dessas atividades promovidas pela Instituição?

Sim  Não

18.1 - Caso afirmativo, em quais áreas?

---

---

19. Na Instituição em que você trabalha existe reunião das(os) enfermeiras(os)?

Sim  Não

sou a(o) única(o) enfermeira(o) no município trabalhando em saúde pública.



---

---

23. Como você organiza o seu trabalho?

---

---

---

---

---

24. Qual o significado do trabalho para você?

---

---

---

---

---

25. Qual o significado do trabalho em saúde coletiva para você?

---

---

---

---

---

26. Com que objetos' de trabalho você lida no seu cotidiano na Unidade de Saúde?

---

---

---

---

---

27. Os programas de saúde estão implantados no seu local de trabalho?

Sim

Não

27.1 - Caso afirmativo, quais os programas implantados e qual sua participação ou responsabilidade nele(s)? (se o espaço for insuficiente, utilize verso da folha)

<b>PROGRAMA DE SAÚDE</b>	<b>SUA PARTICIPAÇÃO NELE</b>

---

' Objeto de trabalho deve ser entendido como: o objeto concreto sobre o qual o trabalhador enfermeiro desenvolve ( atua) sua ação profissional com a finalidade de produzir alguma transformação, ou seja, a satisfação de uma necessidade apresentada.

28. Você conhece a população da área de abrangência da Unidade de Saúde na qual você trabalha ( n° de habitantes, população feminina, masculina, indicadores de saúde, aspectos culturais, etc...)?

- ( ) Sim, conheço e trabalho com estes indicadores;
- ( ) Sim, conheço, mas não trabalho com estes indicadores;
- ( ) Não, não conheço;
- ( ) Não, estes dados não estão disponíveis.

29. Quais os grupos prioritários atendidos na Unidade de Saúde em que você trabalha?

---

---

---

---

30. Quais os principais problemas de saúde da população que é atendida pela Unidade de Saúde em que você atua?

---

---

---

---

---

---

31. As condições de trabalho na Unidade de Saúde são adequadas para o desenvolvimento de suas atividades, com relação a:

Materiais: ( ) Sim ( ) Não

Recursos humanos: ( ) Sim ( ) Não

Estrutura física: ( ) Sim ( ) Não

32. Você tem sala própria para desenvolver o seu trabalho? ( ) Sim ( ) Não

32.1 - Se negativo, qual(ais) a(s) sala(s) que você utiliza?

---

---

33. O que você considera ser um limitador de seu trabalho na Unidade de Saúde?

---

---

---

---

---

---

34. Se dependesse de você, o que seria implantado ou implementado para a melhoria da assistência de enfermagem em seu local de trabalho?

---

---

---

---

---

35. Você participa de atividades comunitárias em seu local de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

35.1 - Caso afirmativo, quais atividades?

---

---

36. Você participa de algum movimento social ou associação? ( ) Sim ( ) Não

36.1 - Caso afirmativo, cite qual(ais)?

---

---

O espaço a seguir está disponível para você. Caso queira fazer algum comentário ou falar sobre alguma coisa não referida no questionário, sugestões, críticas, observações, ou seja, utilize-o da melhor forma que quiser (se quiser):

Finalizando, agradeço o tempo e a atenção dispensadas para responder a este questionário. Gostaria de lhe informar que pretende-se formar um grupo para discutirmos e refletirmos juntos o trabalho das(os) enfermeiras(os) na rede de atenção básica à saúde. Antes, porém, necessito agrupar todos os dados deste questionário, por isso solicito que, após respondê-lo, coloque-o no correio (para endereço abaixo).

Os resultados desta primeira etapa da pesquisa será apresentada neste encontro (provavelmente de um dia). Por isso, quero reafirmar meu convite à você para participar dessa discussão, sua presença é muito importante. A discussão será sobre “AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELAS(OS) ENFERMEIRAS(OS) NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”.

Esse encontro será, provavelmente, no mês de fevereiro ou março de 2000. Gostaria desde já convidá-la(o), e para isto pergunto: há interesse de sua parte em participar desta discussão/reflexão?

Sim

Não

Sugestão da semana de fevereiro ou período(ou março):

Desde já agradeço sua colaboração e participação nesta pesquisa, desejando a você

**UM ANO 2000 COM MUITAS CONQUISTAS E PAZ!!**

Atenciosamente

Após responder ao questionário, coloque-o no envelope e remeta-o, por favor, conforme endereço constante no mesmo. Obrigada.

R. Arroio Grande, 338  
Pelotas - RS  
Bairro Santo Antônio  
CEP: 96090 - 030

Qualquer dúvida pode ser resolvida pelo telefone: 90XX53 - 2263676 ou  
Email: jbraga@conesul.com.br (se você preferir posso enviar o questionário por email e  
então, poderás respondê-lo também via email)  
Se possível solicito devolução do questionário até a última semana de janeiro de 2000.