

VIVIANA APARECIDA DE LIMA

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

CAMPINAS

2004

VIVIANA APARECIDA DE LIMA

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a ELIZABETH DE LEONE MONTEIRO SMEKE

CAMPINAS

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

L628p Lima, Viviana Aparecida de
O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária /
Viviana Aparecida de Lima. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Elizabeth de Leone Monteiro Smeke
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Saúde coletiva. 2. Recursos humanos. 3. Enfermagem. I.
Elizabethde Leone Monteiro Smeke. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: VIVIANA APARECIDA DE LIMA

Orientadora: Prof^a Dr^a ELIZABETH DE LEONE MONTEIRO SMEKE

Membros:
1. Prof. Dr. Everton Soeiro (Titular)
2. Prof^a. Dr^a. Aparecida Silvia Mellim (Titular)
3. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (Titular)
4. Prof^a. Dr^a. Sueli Fátima Sampaio (Titular)
5. Prof^a. Dr^a. Carmem Elisa Villalobos Tapia (Suplente)
6. Prof^a. Dr^a. Maria Inês Monteiro Coco (Suplente)

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: __/__/_____.

AGRADECIMENTOS

À equipe de enfermagem do Centro de Saúde Itajaí, pela forma acolhedora com que me receberam e se envolveram no trabalho de pesquisa.

À UNICAMP e ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, pela oportunidade de realizar meus estudos de pós-graduação.

À Beth Smeke, pelo carinho e confiança de ter embarcado comigo nesta viagem, respeitando as minhas escolhas.

Ao Miguel, meu companheiro de vida e de tantas viagens interiores.

Ao meu filho Caio, por me conceder a alegria de viver ao seu lado.

À minha mãe, que me ensinou, dentre tantas coisas, o valor da responsabilidade no trabalho.

Às minhas irmãs, Córa, Marise e Liliana, pela torcida incondicional sempre.

Aos meus amigos Juliana e Wander, que se tornaram minha família ampliada.

À amiga Regina, por mais um momento de cumplicidade em nossas vidas, demonstrado no trabalho rigoroso de revisão e formatação da versão final da tese.

Ao amigo Beto, que me salvou dos inúmeros vírus que atacaram meu computador, quando eu fazia a redação final do trabalho.

Às minhas companheiras de trabalho e de luta da Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas.

Aos companheiros da Apropucc e do Sinpro, pela compreensão das minhas ausências.

Ao Rodrigo, pela gentileza de fazer a versão em inglês do resumo.

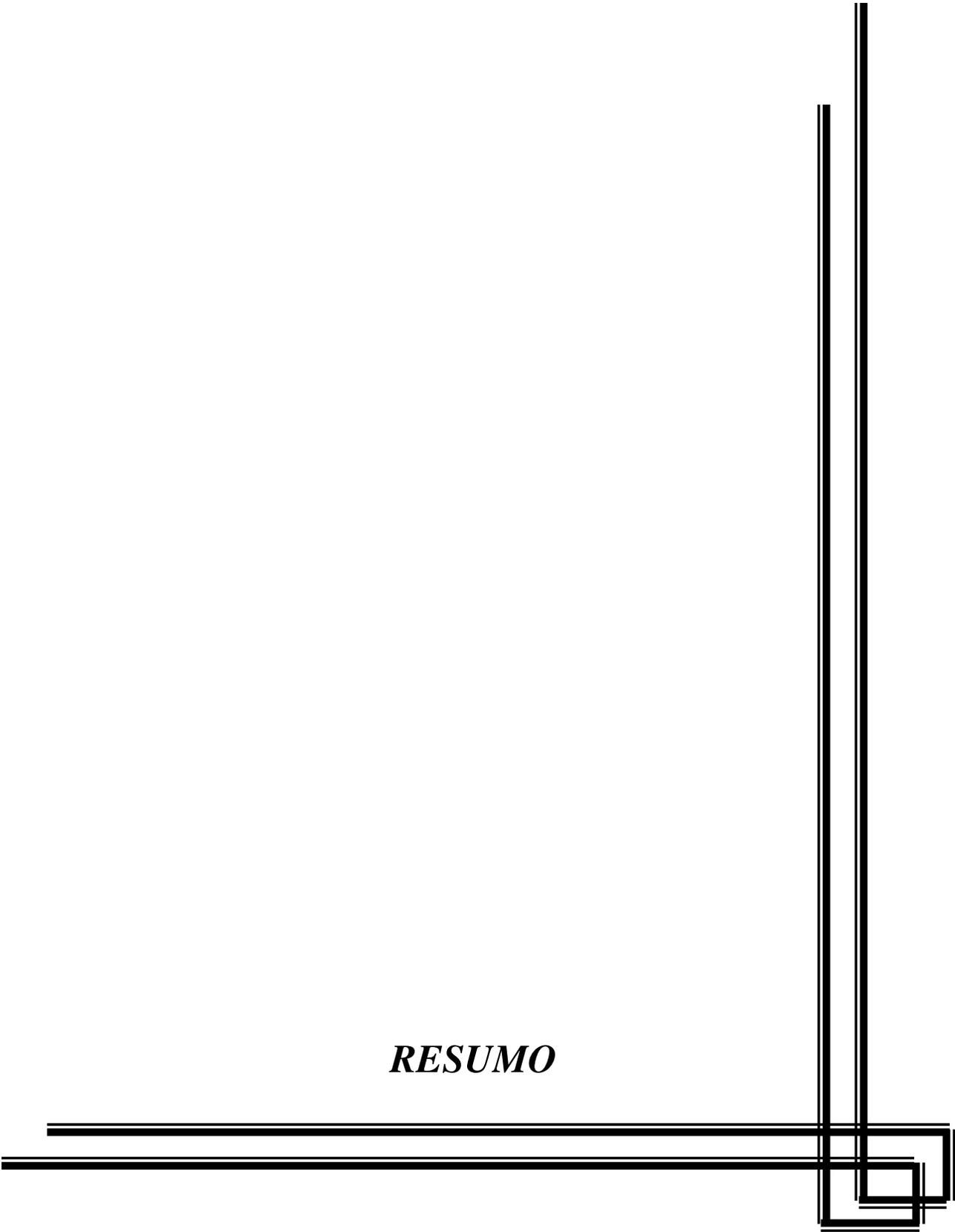
	<i>Pág.</i>
RESUMO	xv
ABSTRACT	xix
APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS	23
A-Introdução	25
B- Objetivos	29
1-TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA	31
A- O momento do embarque: situando o problema	33
B- A escolha do referencial teórico-metodológico	38
2- RECUPERAÇÃO DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM	65
A- O percurso histórico da enfermagem	67
B- A enfermagem brasileira	83
3- A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	93
A- Do cuidado subordinado individual ao desenvolvimento da autonomia no coletivo.	95
B- Da autonomia do cuidado à atenção ao coletivo gerencial	106
C- Da gestão à atenção à Saúde da Família	111
D- Campinas e a enfermagem na atenção primária	117

E- PAIDÉIA e as estratégias de saúde da família para a implementação do SUS na atenção básica de Campinas.....	120
4- UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM AÇÃO.....	127
A- O trajeto.....	129
B- O cenário da pesquisa.....	138
5- ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	145
A- O olhar da enfermagem para a enfermagem.....	151
B- A construção cotidiana da enfermagem.....	166
C- A enfermagem nas cenas transformadoras.....	173
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	203
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
ANEXOS.....	217
ANEXO 1 - Roteiro para observação participante.....	219
ANEXO 2 - Roteiro para entrevista dirigida à equipe de enfermagem.....	221
ANEXO 3 - Roteiro para entrevista coletiva.....	223
ANEXO 4 - Relatos do diário de campo.....	225
ANEXO 5 - Relatos das entrevistas.....	239
ANEXO 6 - Relatos da entrevista coletiva.....	277
ANEXO 7 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	281
ANEXO 8 - Termo de autorização da instituição.....	283
ANEXO 9 - Parecer do comitê de ética.....	285

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AIS	Ações Integradas de Saúde
BEC	Boletim de Estoque e Consumo
CEMEI	Centro Educacional Municipal de Educação Infantil
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CS	Centro de Saúde
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESU-MEC	Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

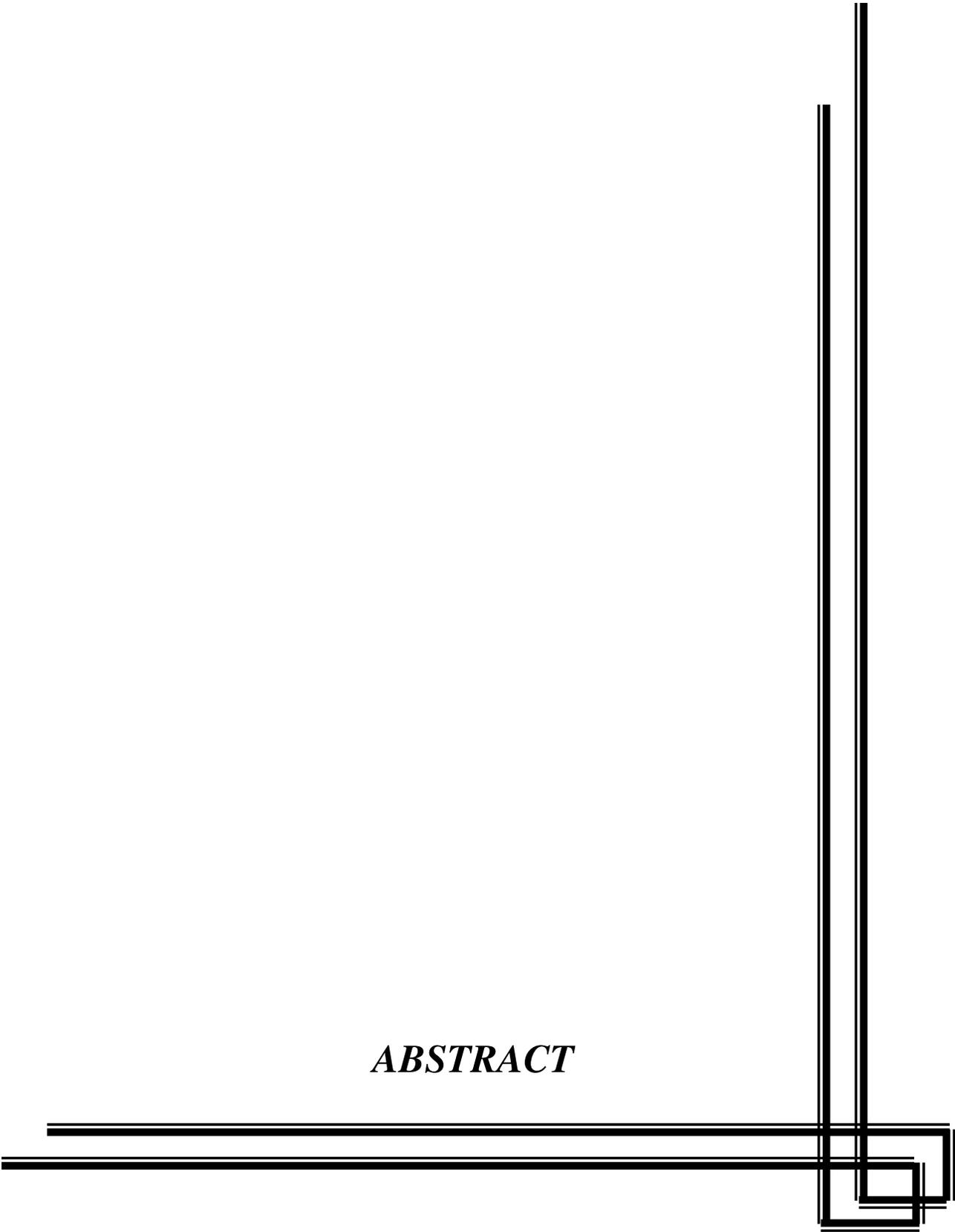
RESUMO



O presente trabalho pretendeu discutir o Processo de Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária, como instrumento que possibilita uma aproximação do projeto de saúde da enfermagem a este nível de assistência. Para sua realização, foi selecionada uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas, pertencente ao Distrito Noroeste de Saúde. Os sujeitos participantes da pesquisa foram os trabalhadores de enfermagem do serviço, o que correspondeu a 11 profissionais da área, sendo dois enfermeiros e nove auxiliares de enfermagem.

O trabalho de natureza qualitativa é um Estudo de Caso e foi desenvolvido utilizando três instrumentos de coleta de dados primários, inspirados na pesquisa participante. O primeiro foi a observação participante, a partir de roteiro previamente elaborado, com registro das observações em diário de campo. O segundo instrumento foi a entrevista semi-estruturada, destinada aos auxiliares de enfermagem e aos enfermeiros, e contou com um roteiro de orientação para o seu desenvolvimento. O terceiro instrumento foi um roteiro orientador, destinado à realização da entrevista coletiva, inspirada no grupo focal. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. O tratamento dos dados foi realizado a partir de categorias analíticas propostas pelo materialismo histórico e dialético e de categorias empíricas, organizadas a partir de agrupamentos temáticos, utilizando-se a hermenêutica-dialética como recurso para interpretação e análise dos dados. Como principais resultados temos que a enfermagem da unidade básica estudada demonstra uma tendência a conceber a profissão de uma forma em que ainda predomina o sentido da doação, da vocação e da ajuda e não como uma prática socialmente determinada, ou seja, a enfermagem como trabalho. Contudo, observou-se a presença de uma potência muito grande para operar transformações no seu fazer, com vistas à ampliação da qualidade da assistência prestada, do atendimento às necessidades de saúde da população e da resolutividade do serviço. Espera-se, com este trabalho, contribuir para a compreensão do processo de trabalho da enfermagem na atenção primária, bem como reconhecer algumas possibilidades de avanços nas práticas de saúde e de enfermagem, como forma de intensificar o processo de construção e consolidação do SUS, onde as questões do processo de trabalho, socialmente determinado, possam contribuir para uma práxis fundada na ética do cuidado implicada e sua dimensão educativa.

ABSTRACT



The present paper is intended to discuss the Nursery's Work Progress at Primary Attention, as an instrument that allows an approach at this level of assistance. For its achievement, one Basic Health Unit was selected in the municipal district of Campinas from the Northwest District of Health. The participating subjects of the research were the nursery workers from the service, what means 11 professionals from the field, being two nurses and nine nurse's aids.

The work is based in qualitative topics and is a Case Study and has been developed using three primary data gathering instruments inspired in the participant research. The first was the participant observation, from a previously elaborated script with the field diary's observation reports. The second instrument was the semi-structured interview with nurses and nurse's aids, and counted with an orientation script for its development. The third instrument was an orientation script for the interview inspired on the focal group. The interviews were recorded and then transcript for analysis. From analytic categories the data was treated, those proposed by the historical and dialectical materialism and from empiric categories, organized from thematic groups using the dialectics-hermeneutics as a resource for data analysis and interpretation. As main results we have that the nursery in the basic unit studied shows a tendency to realize the occupation in a way where the donation sense still prevails, the sense of endowment and help, not as a social determined practice, that is, the nursery as work. However was observed the presence of a very strong potency to realized transformations in its practice intending increase the service quality, of the attendance to the population's needs in health and the unwavering of the service. Its intended with this work, to contribute for the understanding of nursery's working process in primary units, as well to recognize some possibilities in health and nursery practice advances, as a way to intensify the constructing and consolidating process of SUS (Single Health System), where the questions of the process of work, socially definitive, can contribute for práxis established in the ethics of the implied care and its educative dimension.

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS

A- Introdução

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática” (MINAYO, 1994, p. 90).

Minhas atividades docentes são desenvolvidas no Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em disciplinas da área da Saúde Coletiva.

Estas atividades acontecem em um Centro de Saúde Escola e as disciplinas em que se inserem almejam objetivos bastante distintos. A primeira delas, desenvolvida no primeiro semestre, destina-se a alunos do segundo ano, quando do seu primeiro contato com serviços de saúde, tanto da rede básica como hospitalar, e seus objetivos estão voltados mais diretamente ao desenvolvimento de habilidades referentes ao fazer das técnicas de enfermagem durante a prestação de assistência direta ao usuário. Já a segunda disciplina é dirigida aos alunos do quarto ano, que, no entendimento da escola, em seu último ano de graduação devem relacionar-se com os serviços, com a preocupação de realizar sínteses dos conhecimentos apreendidos ao longo de sua formação. Desta forma, seus objetivos estão diretamente relacionados com o planejamento, administração e assistência, além das atividades de educação em saúde.

Apesar da primeira disciplina – Procedimentos Básicos em Saúde Coletiva - ter como ênfase a prática de técnicas de enfermagem, esta não se desenvolve de forma linear, uma vez que o cenário no qual estas técnicas ocorrem, é trabalhado com os alunos a partir de leitura e discussão de textos em reuniões de grupo e atividades de apoio didático e pedagógico, que orientam o fazer destes alunos neste momento de sua formação. A opção de trabalhar as técnicas de enfermagem de forma contextualizada ao papel da Unidade Básica de Saúde, se deve à preocupação com a problematização dos aspectos políticos, sociais e organizacionais que envolvem o setor saúde, bem como à possibilidade de discutir continuamente os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Já a disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem em Saúde Coletiva necessita de uma aproximação maior das instâncias e agentes gestores do sistema de saúde, o que tem se colocado como bastante difícil e impedindo muitas vezes que um trabalho mais integrado entre serviço e academia se realizem.

As duas disciplinas acontecem na mesma unidade de saúde e estar à frente de sua condução tem me possibilitado que eu desenvolver tanto atividades ligadas ao cuidado direto, quanto aquelas relacionadas ao planejamento deste cuidado. Atuar com alunos em disciplinas distintas e em momentos marcadamente distintos, realça a exigência da busca da unidade entre o pensar e o fazer. Contudo, no transcorrer das atividades docentes, fui surpreendida várias vezes pensando em como a enfermagem tem operado esta dicotomia, quando, sabidamente, por um lado convivemos com a divisão social do trabalho em nossa profissão e, por outro, o cenário deste fazer é uma UBS que passa por importantes transformações em seu modelo técnico-assistencial, alterando sobremaneira a organização do processo de trabalho dos agentes da saúde em geral e da enfermagem de saúde coletiva em especial, oferecendo portanto, muitas possibilidades de se instituírem novos saberes e agires nesses espaços.

A partir desta convivência diuturna com a equipe de enfermagem de uma UBS, como docente e enfermeira, pude vivenciar situações que colocaram em foco as contradições próprias da profissão, expressas pela divisão social e técnica do trabalho de enfermagem, bem como o desafio de articular este trabalho com o processo de construção e consolidação cotidiana do SUS, em seu mais recente modelo técnico-assistencial - a Estratégia de Saúde da Família.

A problematização desta questão se deu na medida em que tenho a expectativa de um fazer da enfermagem em geral e do enfermeiro em especial que reflita um compromisso com a saúde pública, com a construção do SUS, com o estímulo à autonomia do usuário, família e comunidade. Sou defensora da idéia de que todo trabalhador de saúde possa estabelecer de/no trabalho relações democráticas, participativas e articuladas entre si e com o todo do trabalho em saúde e cujo impacto ocorra na direção da saúde coletiva, de modo a envolver todos os trabalhadores em ações de saúde dirigidas em defesa da vida e, desta forma, possa alavancar um novo agir em saúde e em enfermagem.

Evidentemente que, quando falo das minhas expectativas em relação à enfermagem, destaco o enfermeiro como elemento importante desta articulação entre os aspectos internos da profissão e aqueles constituintes do processo de trabalho em saúde, já que na trajetória histórica da profissão coube a este profissional o papel de coordenador dos

agentes da enfermagem. Ao constatar que o trabalho da enfermagem na UBS reproduz a divisão técnica e social constituída historicamente, percebo que a mesma é legítima, eleva o enfermeiro ao posto de coordenação do cuidado de enfermagem e circunscreve os outros agentes da enfermagem a atividades ligadas ao cuidado direto do usuário. Esta condição instituída da enfermagem é geradora de conflitos na profissão e não percebo, por parte do enfermeiro, a preocupação em olhar para o instituído e buscar linhas de fuga para esta condição, como forma de questioná-la, considerando outras possibilidades de um novo agir em enfermagem que privilegie ações multiprofissionais e interdisciplinares, diga-se de passagem, bastante facilitadas no cenário da saúde coletiva. Se pensarmos que a enfermagem permanece no serviço de forma mais contínua, e que as características do seu fazer perpassam aspectos administrativos, outros relacionados ao cuidado e as relações com os demais trabalhadores de saúde, dentre eles os agentes da enfermagem, posso imaginar que este profissional teria condições objetivas para desenvolver a interlocução com os trabalhadores de saúde, o que pode ser um aspecto interessante para alcançar alterações no processo de trabalho coletivo.

Isto posto, procurarei discutir estas inquietações relacionadas ao fazer atual da enfermagem na atenção básica e sua articulação com a saúde coletiva, na vigência da Estratégia de Saúde da Família, partindo da hipótese de que a enfermagem não tem conseguido imprimir um agir em saúde que esteja voltado para um projeto em defesa da vida, que estimule a autonomia do usuário, de sua família e comunidade. Considero também a hipótese de que ao reproduzir, sem a devida crítica, a divisão técnica e social do trabalho presente na profissão, a enfermagem deixa de apostar em novas formas de organizar o seu processo de trabalho, não se apropriando do seu núcleo de saber na saúde coletiva, de modo a colocá-la na direção de um novo agir em saúde de forma articulada com um projeto de saúde coletiva, voltado para a defesa da vida. Assim sendo, o cotidiano de trabalho da enfermagem se enche de insatisfações, permeado de sensações de falta de reconhecimento, autonomia e crise constante em relação ao seu objeto. Como conseqüência não é raro encontrarmos enfermeiros cobrindo postos de trabalho de auxiliares de enfermagem, não priorizando reuniões de equipe, não realizando educação permanente de seus agentes, não participando efetivamente do processo gestor do serviço e, mais raro ainda, planejando ações coletivas, estabelecendo articulações com o mundo

externo à UBS. O peso do trabalho pode ser percebido quando verificamos o alto índice de absenteísmo da enfermagem, o número crescente de licenças de saúde na categoria, os comentários insatisfeitos sobre as escalas de funções e rodízios não programados pelo serviço. Nesse contexto, as relações profissionais são conflituosas e desgastantes com tendências a se avolumar e aprofundar com a não explicitação e compartilhamento do projeto defendido pela enfermagem para/no serviço.

Ao externalizar todas essas inquietações, exponho também minha preocupação como docente, em relação à formação dos enfermeiros. Quais são efetivamente os recursos que a formação tem ofertado aos futuros enfermeiros, no sentido da defesa de um projeto de saúde em defesa da vida?

Haveria uma dupla mensagem da academia quando organiza os conteúdos do seu currículo em torno de disciplinas que enfatizam o cuidado direto ao paciente, quando, em realidade, o objeto do enfermeiro é a gerência deste cuidado, realizado de forma direta pelos agentes da enfermagem? Até que ponto estamos contribuindo para a crise que penso não ser da enfermagem, mas do enfermeiro, e que tem, a ver conosco, formadores deste profissional?

Qual é o projeto de vida, homem, sociedade e saúde dos agentes de enfermagem?

Se considerarmos que a divisão técnica do trabalho da enfermagem expressa a divisão social de classes presente na sociedade, não seria possível pensar que, dentro da própria enfermagem, poderemos ter projetos de saúde distintos e até mesmo antagônicos, numa disputa pela conquista de hegemonia? Talvez pudesse residir aí um pouco da resistência da enfermagem em operar mudanças, ou seja, não se constituir como sujeito e objeto de mudança, com ausência de desejos de transformação da saúde, da profissão e da sociedade.

Obviamente não pretendo responder a todas essas questões, mas são elas que movem esta investigação e me impelem a mergulhar neste desafio.

B- Objetivos

GERAL:

Discutir o processo de trabalho da Enfermagem e o desenvolvimento de suas práticas na atenção primária.

ESPECÍFICOS:

- Identificar a forma pela qual o processo de trabalho da enfermagem está organizado na atenção primária em saúde;
- Apontar a maneira pela qual o processo de trabalho da enfermagem se articula com outros trabalhos na atenção primária em saúde;
- Identificar, por meio do processo de trabalho da enfermagem , o projeto de saúde defendido pela enfermagem na vigência do SUS.

Pretende-se com este trabalho oferecer pistas para que a enfermagem reconheça seu processo de trabalho como instrumento não apenas organizador de práticas, mas também como expressão de um determinado projeto de saúde e, porque não dizer, da própria Enfermagem. Nesta perspectiva, o processo de trabalho não se configura como um fim em si mesmo, internalizado aos aspectos desta atividade, mas um meio, uma ferramenta para a transformação das práticas de saúde e da enfermagem.

1- TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

A- O momento do embarque: situando o problema

Inicialmente, pensei em discutir o projeto de saúde que a enfermagem em saúde coletiva toma para si, e quais as diretrizes tomadas para desenvolver suas ações na atenção primária.

Este era meu desejo, expresso com tanta sinceridade e tamanha simplicidade, que não dimensionei adequadamente o tamanho do desafio que se colocava a minha frente. Lembro-me que a partir deste momento quase ingênuo, pensei em focalizar o processo de trabalho da enfermagem na atenção primária, entendendo-o como instrumento que poderia vir a revelar as concepções de homem, sociedade, saúde, enfermagem e vida. Enfim, acreditava poder localizar o posicionamento político e ideológico da enfermagem. Evidentemente que a escolha deste caminho não se fiou apenas no meu desejo e pensamento.

Esta escolha refletiu minha vivência como docente em uma Unidade Básica de Saúde, ou seja, minha experiência junto à equipe de enfermagem da referida unidade e sua organização do processo de trabalho na atenção primária. Esta vivência como docente possibilitou que eu acompanhasse o processo de implantação da Estratégia da Saúde da Família, denominada em Campinas de Projeto Paidéia.

Este processo implicou e ainda implica em conhecimento, compreensão e incorporação de um novo modelo técnico-assistencial, que por sua vez, traz alterações para a organização dos processos de trabalho em saúde em geral e para o processo de trabalho em enfermagem em especial, nos marcos do Sistema Único de Saúde. Contudo, no cotidiano do trabalho docente, tive muitas vezes a sensação de que alguns conceitos, já há muito debatidos com insistência e de importância incontestável, estavam sendo interpretados como uma grande novidade, trazida pela Estratégia de Saúde da Família e como uma quase “invenção” dos formuladores da política de saúde.

Ressalto que esta sensação foi ganhando forma e adquirindo contornos bem reais e me instigando continuamente, pois os aspectos questionados pelos trabalhadores do serviço são aqueles relacionados aos conceitos mais elementares que têm sustentado filosoficamente o Sistema Único de Saúde [SUS] desde a sua concepção, quais sejam: resolutividade, acolhimento, humanização da assistência, entre outros.

Diante dessa sensação, que já se tornava muito intensa, quando compartilhava o cotidiano de trabalho, decidi olhar de forma interessada como se porta a enfermagem no cenário no qual suas práticas são desenvolvidas e que eixos norteiam o seu trabalho.

Percebi que, no caso específico desta unidade de saúde onde atuo como docente, o trabalho de enfermagem é marcado por uma concepção desregulamentadora, com forte conteúdo autoritário, desenvolvido principalmente pelas enfermeiras. É desregulamentadora quanto ao seu zelo pela implementação dos princípios e diretrizes do SUS e é autoritário em relação ao processo de trabalho da enfermagem.

Com a implantação da Estratégia da Saúde da Família, vários aspectos relativos à organização estrutural e funcional do serviço foram atendidos, tais como: a adscrição da clientela, processo de territorialização, instalação das reuniões semanais das equipes de referência, instituição do núcleo de saúde coletiva e acolhimento, sendo este último, visto pela enfermagem, como mais uma atividade. Entretanto, no desenvolvimento do trabalho, observo que este não teve o amadurecimento necessário e à altura do exigido pelo novo modelo técnico-assistencial.

Inúmeros conflitos e disputas se instalaram no serviço, os quais mal administrados e muitas vezes sufocados, não permitiram que estes ultrapassassem o âmbito profissional e se colocassem no nível da disputa de projeto para a saúde.

Desta forma, tudo que tenho vivenciado me permite apenas trabalhar no campo das suposições, quando dirijo minhas atenções para a enfermagem.

Uma primeira hipótese é a de que há projetos em disputa no serviço, contudo o cenário autoritário e controlista não permite que estes se tornem públicos. A incorporação das premissas balizadoras do novo modelo técnico-assistencial ocorre com intensidades variadas e depende em boa parte, mas não somente, do fluxo de informações e da velocidade da comunicação entre as instâncias formuladoras das políticas de saúde e as instâncias implementadoras destas políticas. Considero que assumir tal ou qual projeto vai para além do desejo individual das pessoas.

É possível, então, identificar, no cotidiano, alterações no processo de trabalho na direção da mudança, mas coexistem processos de trabalho independentes de qualquer eixo filosófico proposto pela política de saúde municipal. Algumas das conseqüências desta postura individualizada são passíveis de serem constatadas: a continuidade da fila na entrada do serviço, a triagem no balcão da recepção, a baixa adesão ao acolhimento, a falta de objetividade e clareza nas reuniões de equipe de referência, a ausência de educação permanente dos profissionais de enfermagem, além da postura desregulamentadora de não atender aos pacientes que não sejam pertencam à mesma equipe do profissional que, naquele momento, está destacado para fazer o atendimento.

Considero que atribuir todas as situações, como sendo de responsabilidade única e exclusiva da enfermagem, seria conferir-lhe um poder que penso que ela não detém.

Entretanto, é fato o papel que pode e deve jogar a enfermagem na articulação do processo de trabalho em saúde, principalmente se tratando do campo da saúde coletiva, que, como veremos mais adiante, se configura em cenário privilegiado de práticas multiprofissionais e interdisciplinares, sem contar que somos a categoria profissional que mais tempo fica no serviço, elemento este que confere propriedade ao ato de pensar o serviço de forma planejada e articulada com as necessidades de saúde da população. Contudo, muitos dos limites identificados na atuação da enfermagem residem, em parte, na problemática do poder, presente no interior do processo de trabalho da enfermagem, quando da existência da divisão técnica do trabalho, com o enfermeiro no topo da escala hierárquica com responsabilidades de planejamento, organização, acompanhamento e avaliação das ações de enfermagem. Esta condição é permeada por inúmeros conflitos entre as categorias profissionais que compõem a enfermagem.

Surge daí a segunda hipótese, qual seja, a de que a enfermagem disputa um projeto próprio no interior da organização do seu processo de trabalho na instituição de saúde. Isto posto, a terceira hipótese é quase inevitável, uma vez que o enfermeiro, ao ratificar o seu poder na hierarquia da divisão social e técnica de enfermagem no interior de seu processo de trabalho, não estaria também expressando uma tendência a defender um determinado projeto de saúde, que não tenha, necessariamente, os contornos de uma gestão democrática, com controle social, com processos de gestão que possibilitam e estimulam a

publicização dos projetos em disputa? Assim, pode-se pensar em projetos internos e externos à enfermagem, que podem se complementar no conservadorismo, na instituição de processos de trabalhos que podem capturar o trabalho vivo em ato e, portanto, também retardar os processos de mudança.

A questão aqui não é a legitimidade da disputa, mas sim, a instituição de uma disputa pública, como forma de construir hegemonia em torno de um determinado projeto de saúde e de enfermagem.

A partir destas hipóteses, outras considerações vão surgindo, tais como: a existência de processos de trabalho, como o da enfermagem, no qual predomina freqüentemente a fragmentação das atividades, com certo traço alienante, excesso de controle e fortes manifestações do poder hierarquizado e a presença de inúmeros conflitos que não são resolvidos, em nome da manutenção do “status” do enfermeiro na linha de mando e da subalternidade dos agentes da enfermagem. Haveria uma escolha deliberada por um projeto democrático de saúde inclusivo e que atenda às necessidades de saúde da população? Haveria a escolha por um projeto em defesa da vida? Do que dependeria esta escolha? Formação familiar? Opção religiosa? Predomínio da visão religiosa da profissão? Consciência de classe? Autonomia político-social?

Que alterações a enfermagem teria que implementar em seu processo de trabalho, para alcançar as condições necessárias para a transformação da realidade de saúde?

Muitas perguntas ousadas, pouca coragem para enfrentá-las, pois neste momento significa olhar para mim mesma, formadora de enfermeiras.

Entretanto é preciso tentar, e são estes os incômodos que tenho e que me fazem optar pelo desejo inicial que já apresentei, qual seja, o de analisar o processo de trabalho da enfermagem, como instrumento, portanto como um meio e não um fim em si mesmo, de articulação com os princípios e diretrizes do SUS. Fazer esta opção implica em retomar a constituição da enfermagem sob uma perspectiva histórica, desde as suas origens, como prática social, portanto como trabalho, reconhecendo a organização do seu processo de

trabalho. É preciso debruçar sobre a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem e identificar, ao longo deste percurso, as suas finalidades, os seus instrumentos, o (s) seu (s) objeto(s) e o sentido e o significado do seu trabalho. Conhecer e reconhecer a enfermagem de ontem e de hoje em todas as suas dimensões, passou a ser estratégico para tentar responder a questão central inicialmente colocada e que não consigo abandonar: Qual é o projeto de saúde da enfermagem na/para a atenção primária em saúde?

Agora a decisão ainda sincera e não mais ingênua está tomada, em que pesem algumas incertezas quanto a ela. A primeira e talvez a mais importante, já que o presente estudo é de caráter acadêmico, é se estarei produzindo novos conhecimentos quando tanto já se tem produzido sobre o trabalho da enfermagem, produção esta que será utilizada como referência em meu estudo. Olhar para o processo de trabalho da enfermagem possibilitará revelar aspectos políticos e ideológicos que constituam pistas quanto ao projeto de saúde defendido pela enfermagem na atenção primária? A teimosia não me deixa desistir de tentar e decido novamente prosseguir.

É preciso pensar qual o olhar mais adequado a ser lançado sobre o processo de trabalho da enfermagem, que me aproxime do objeto. Conhecer como ele está organizado, como suas práticas são desenvolvidas a partir desta organização, confrontá-las com as ações preconizadas para a enfermagem na atenção primária, ou partir destas e realizar a checagem com aquilo que o material empírico me revelar? Ambas as vertentes apontam para uma perspectiva que, em minha avaliação, tende a isolar a prática da enfermagem das outras práticas desenvolvidas no serviço, desconsiderando as contradições presentes no cotidiano vivido. Outra perspectiva de investigação seria olhar para o processo de trabalho da enfermagem, constatar a divisão social e técnica presente em seu interior e pensar possibilidades de uma maior integralização das práticas de enfermagem. Mas, tomada ainda pela idéia inicial, preciso tentar enxergar além do que os meus olhos alcançam e, para isso é necessário olhar, ouvir e sentir o que é vivido e apreender como é vivido o cotidiano da enfermagem no serviço.

Entrar neste cotidiano em suas dimensões objetivas e subjetivas poderia ser um caminho palmilhado com o intuito de arriscar uma aproximação com o projeto de saúde defendido pela enfermagem na atenção primária. Sinto necessidade de correr este risco, embarcar nesta viagem e, como em toda viagem, enfrentar imprevistos.

Desta forma, prefiro olhar para o meu objeto de estudo com um pouco mais de cautela, se é que é possível a esta altura, talvez lhe dando um contorno que possa circunscrevê-lo de forma a ver o processo de trabalho da enfermagem o como uma ferramenta, a indicar a sua articulação com os princípios e diretrizes do SUS e oferecer pistas sobre o projeto de saúde defendido pela enfermagem na atenção primária.

Que tenhamos, todos, nós uma boa viagem!

B- A escolha do referencial teórico-metodológico

A definição já foi feita, o problema situado, agora falta iluminar o caminho de forma consistente para que, ao longo desta trajetória, eu possa ter mais clareza sobre o objeto deste estudo.

Tomando como ponto de partida as questões apresentadas anteriormente sobre o objeto, neste momento tive que fazer uma parada quase contemplativa na estação de trem, para proceder uma nova escolha nada fácil, porque as poltronas não estão numeradas, os vagões têm aparências que podem não necessariamente representar um certo conforto que gostaria de ter para iniciar minha viagem. São muitas as possibilidades, mas novamente tenho que tomar uma decisão e assumir um lugar, uma posição nesta viagem. O momento da escolha do referencial teórico sempre é importante e exigente.

Segundo MINAYO (1994), a relação entre teoria e realidade reside no fato de que a realidade informa à teoria que a antecede, dialeticamente, em um constante movimento de distanciamento e aproximação.

Para uma definição do lugar a ser ocupado, tomei como referência a visão que tenho atualmente da enfermagem. Eu a reconheço como trabalho, portanto como uma prática social que encerra a possibilidade de ser determinada historicamente e determinante de sua condição no mundo do trabalho, que, por sua vez, influencia e é influenciada pelo trabalho em saúde.

Uma vez encontradas algumas possibilidades de tomar acento em minha viagem, entendi que seria necessário já partir para algumas definições conceituais, sendo, a primeira, o conceito de Marx sobre o trabalho:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza... Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 1989, p. 202).

Por considerar ainda a enfermagem como uma prática social determinada historicamente, compreendi que o presente estudo haveria de ser encaminhado no campo das Ciências Sociais, cuja carga histórica, assim como as teorias sociais, vão refletir posições diante da realidade, ou momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados (MINAYO, 1994).

De acordo com DEMO (1995), a dialética é a metodologia mais conveniente para a realidade social, considerando esta como portadora de condições objetivas e subjetivas.

Diante do exposto, considero que o marxismo é a corrente de pensamento que, a partir de uma perspectiva histórica, envolve o objeto do conhecimento em todas as suas dimensões, abordando as relações entre o homem e a sociedade por meio da dialética.

Em que pesem os limites que possam existir neste referencial teórico, assim como acredito existirem em todos os outros, a idéia é tomar seus conceitos, leis e categorias analíticas para iluminar o caminho e obter subsídios para a elaboração do construto teórico da presente pesquisa, sem que isto possa representar uma impossibilidade de considerar outras construções teóricas, que avancem na compreensão de aspectos sobre o objeto de estudo, que os limites presentes no referencial teórico selecionado porventura não permitam enxergar.

Para MINAYO (1994), o marxismo interpreta a realidade como uma totalidade, na qual tanto os aspectos visíveis, objetivos, quanto as representações sociais sobre o real integram e configuram um modo de vida condicionado pelo modo de produção específica. Para o marxismo, a base material é considerada essencial para a formação da consciência, sem, no entanto, desconsiderar a importância das representações sociais como condicionantes na reprodução da consciência e construção da realidade mais ampla. Estas últimas considerações merecem mais atenção, o que pretendo fazer mais adiante, quando da discussão acerca da subjetividade.

Mais adiante o conceito de totalidade será melhor colocado; entretanto, encontro em MINAYO (1994) algumas considerações sobre os conceitos tidos como fundamentais para o entendimento da saúde no quadro da totalidade e que, certamente, influenciaram e reforçaram minha opção por este referencial teórico, quais sejam:

- a) Na concepção marxista o processo de trabalho é considerado lócus privilegiado das relações de produção e sua reprodução. É também matriz de formação social, econômica, política e ideológica, portanto de luta de classe, de dominação e de resistência;

- b) As condições gerais de produção na relação imediatamente estabelecida entre o processo de produção e a estrutura social e política, onde se dá a distribuição da riqueza;
- c) O papel central da luta de classes na transformação e no advento de novas estruturas;
- d) A importância da cultura como mediadora entre objetividade e subjetividade do sujeito histórico transformador (MINAYO, 1994).

De acordo com TRIVIÑOS (1987), o marxismo compreende três aspectos fundamentais, que são: **o materialismo dialético, o materialismo histórico e a economia política.**

Por **materialismo dialético** entende-se como sendo a base filosófica do marxismo que interpreta a realidade a partir de sua base material, se constituindo em método de abordagem do real e empreendendo esforços para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade, nos grupos e classes sociais e realizar a crítica das ideologias. Ele destina sua preocupação ao embricamento entre sujeito e objeto, ambos com sua constituição histórica e comprometidos com os interesses e as lutas sociais do seu tempo. De acordo com DEMO (1995), *“o indivíduo em si não é uma realidade social, porque é gerado em sociedade, educado em sociedade, socializado em sociedade”* (DEMO, 1995, p. 93).

Conforme nos aponta TRIVIÑOS (1987), uma das idéias mais originais do materialismo dialético foi a de ter destacado, na teoria do conhecimento, a **prática social** como critério de verdade, colocando em relevo a interconexão entre o relativo e o absoluto, quando trata do conhecimento em sua dimensão histórica.

Para MINAYO (1994) existem dois conceitos que resumem o materialismo dialético: **Modo de Produção e Formação Social**.

O **Modo de Produção** compreende a estrutura global da sociedade, formada por estruturas regionais, tais como: a estrutura econômica, a estrutura jurídico-política e a estrutura ideológica. Esta estrutura global é, para o marxismo, determinada pela estrutura econômica.

LÖWY (2003) nos esclarece que o conceito de ideologia não vem de Marx, mas de um filósofo francês conhecido por Destutt de Tracy, descendente de enciclopedistas. Ele literalmente inventou o conceito de ideologia. Segundo este enciclopedista, a ideologia seria o estudo das idéias e, as idéias, são o resultado da interação entre o organismo vivo e a natureza.

Em KONDER (2002), encontramos uma referência a Destutt, cuja compreensão sobre ideologia passaria pelo entendimento de que a consciência era produto do meio. Esse mecanismo ocorreria da seguinte maneira:

A realidade objetiva chegava à compreensão dos homens por meio de impressões sensoriais, que depois se complicavam na sofisticação das idéias. À medida que eram capazes de reconstituir esse processo formativo, através da ideologia, os homens refletiam com maior fidelidade o real, evitavam os delírios do subjetivismo e podiam se aperfeiçoar, aperfeiçoando o mundo em que viviam (KONDER, 2002, p. 22).

Marx, então, ao dar encaminhamento à sua teoria socialista, questiona o significado de ideologia que circulava entre os filósofos de sua era, e conceituou ideologia de forma diferente em seus escritos, em *A Ideologia Alemã*:

As idéias da classe dominante são, em cada época, as idéias dominantes; isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios de produção material dispõe, ao mesmo tempo, dos meios de produção espiritual, o que faz com que a eles sejam submetidas, ao mesmo tempo e em média, as idéias daqueles aos quais faltam os

meios de produção espiritual. As idéias dominantes nada mais são do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, as relações materiais dominantes concebidas como idéias; portanto, a expressão das relações que tornam uma classe a classe dominante; portanto, as idéias de sua dominação (MARX, 1979, p. 36).

LÖWY (2003) destaca que o conceito de ideologia continua sendo trabalhado com Lênin, quando ele afirma existir uma ideologia dominante, a da burguesia, e uma ideologia do proletariado. Portanto, a ideologia estaria sendo conceituada como um conjunto de idéias que expressam uma posição de classe.

Em esforço implementado pelo autor, a ideologia poderia ser vista como um conjunto de visões sociais de mundo, entendidas como "*conjuntos estruturados de valores, representações, idéias e orientações cognitivas. Conjuntos esses unificados por uma perspectiva determinada, por um ponto de vista social, de classes sociais determinadas*" (LÖWY, 2003, p. 13).

KONDER (2002) ressalta que a reflexão de Marx sobre a questão da ideologia ocorreu a partir das críticas que fez a Hegel, por considerar que suas idéias atenuavam e suavizavam a contradição existente entre a sociedade e o Estado.

Outro conceito pertencente ao materialismo dialético é o de **Formação Social**, entendida como formada pelo conjunto das dimensões e dinâmicas das relações sociais concretas numa dada sociedade. É uma unidade complexa, na qual coexistem várias formas de organização social podendo conter vários modos de produção, porém sempre um é dominante e determina os outros. Ainda segundo MINAYO (1994), o estudo de uma formação social inclui tanto as mudanças e transformações, quanto as permanências estruturadas. O conceito de formação social possibilita a análise:

- Do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção;
- Das classes sociais e da luta de classes;

- Da divisão do trabalho;
- Das formas de produção, circulação e consumo de bens;
- Da população;
- Das migrações;
- Do Estado;
- Do desenvolvimento da sociedade civil;
- Das relações nacionais e internacionais de comércio, produção e de dominação;
- Das formas de consciência real e possível dos diferentes grupos sociais;
- Do modo de vida;
- Do modo de produção.

Em que pese a pertinência da utilização da dialética para o estudo de uma formação social, do tipo de uma pequena comunidade, por exemplo, o sentido da totalidade deve prevalecer (DEMO, 1995).

O autor nos adverte de que toda formação social é histórica e, portanto, está sempre em transição, sendo que neste processo de transformação, o novo somente surge porque foi condicionado historicamente e por meio do conflito social inerente ao processo transformador. Toda formação social é contraditória, caso contrário ela não seria passível de ser superada.

Toda formação social é tomada como tese, ou seja, como a realidade social, historicamente contextualizada, concreta e, portanto, uma totalidade dinâmica com muitos condicionantes. Sobre o caráter total da existência humana, MINAYO (1994) coloca que, para o marxismo, há uma ligação indissolúvel entre a história dos fatos econômicos e

sociais e a história das idéias. O conceito de **totalidade**, em Marx, compreende as diferenças na unidade e explica o particular no geral e vice-versa.

Busca compreender a forma de relacionamento entre as várias instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial e entende, na totalidade parcial, as determinações mais fundamentais e as condições e efeitos de sua manifestação.

É no interior da concepção de totalidade dinâmica, em constante transformação, que situa o princípio da lei dos contrários, conformando uma relação dialética entre os fenômenos e sua essência; entre as leis e o fenômeno; entre o singular e o universal; entre o particular e o geral; entre a imaginação e a razão; entre a base material e a consciência; entre a teoria e a prática; entre o objetivo e o subjetivo; entre indução e dedução.

Por **materialismo histórico** compreende-se a ciência filosófica do marxismo, que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade.

MINAYO (1994) considera que o que há de essencial no pensamento marxista é seu caráter histórico. A expressão material em Marx é somente para se referir às condições primárias de vida.

Os principais conceitos do materialismo histórico, segundo TRIVIÑOS (1987) são:

- **SER SOCIAL:** é a expressão das relações que o homem estabelece com a natureza e entre si e independem da consciência; uma vez que a matéria é anterior à consciência;
- **CONSCIÊNCIA SOCIAL:** representa o conjunto das idéias políticas, jurídicas, filosóficas, estéticas, religiosas e psicológicas, entre outras;
- **MEIOS DE PRODUÇÃO:** corresponde a tudo o que os homens empregam para gerar bens materiais;
- **FORÇAS PRODUTIVAS:** são os meios de produção, os homens, sua experiência de produção, seus hábitos de trabalho. Não desconsiderando a

importância do homem, a força de produção depende fundamentalmente dos instrumentos da tecnologia;

- **RELAÇÕES DE PRODUÇÃO:** são aquelas que não podem ser separadas das forças produtivas e podem ser de cooperação, de submissão ou outras formas que indiquem uma transição entre as duas anteriores;
- **MODOS DE PRODUÇÃO:** são assinalados historicamente cinco modos de produção, quais sejam: o modo de produção das comunidades primitivas, da sociedade escravagista, da sociedade feudal, capitalista e comunista, esta última com duas fases: a socialista e a comunista.

Segundo CHEPTULIN (1982), a consciência seria a atividade psíquica, que a um determinado nível de desenvolvimento do sistema nervoso, alcança uma forma qualitativamente outra do reflexo da realidade. Para o marxismo, o aparecimento da consciência está ligado a fatores externos à fisiologia humana, uma vez que ela é desenvolvida a partir das bases materiais da realidade e a partir do trabalho.

A consciência, sendo ligada ao trabalho e à sociedade que a engendrou, é dotada de uma natureza social, ou seja, para que ela apareça, o indivíduo apreende o sistema de relações sociais – a vida humana.

CHEPTULIN (1982) nos adverte de que a passagem da matéria para a consciência não se dá de forma esquemática, pois a consciência é uma propriedade da matéria. O que ocorre é o aparecimento da consciência, na passagem da matéria em consciência, num processo de relações e interações entre os homens.

Toda teoria possui em sua essência as categorias e leis que a conformam como tal. Na dialética, as leis e as categorias se formaram objetivamente por meio do processo de desenvolvimento histórico do próprio conhecimento e da prática social. Esta idéia nos remete a considerar que outras categorias podem surgir quando se trata de pensar o homem agindo continuamente sobre a natureza. A categoria essencial na dialética é a **contradição** presente na realidade objetiva, e a lei fundamental é a da **unidade e luta dos contrários** (TRIVIÑOS, 1987).

O autor nos demonstra que compõem as categorias da dialética, três conceitos importantes. O primeiro deles é o conceito de **matéria**, definida como uma “*categoria filosófica para designar a realidade objetiva que pode ser pensada, sentida, fotografada, copiada e refletida pelas nossas sensações existindo independente delas*” (TRIVIÑOS, 1987, p. 56).

Outro conceito é o de **consciência**, vista como a propriedade mais organizada da matéria, com a propriedade de refletir a realidade objetiva. Como conseqüências destas reflexões surgem as sensações, percepções, representações, conceitos e juízos.

MINAYO (1994), discute o lugar do sujeito para o marxismo, considerado por esta corrente de pensamento, como sendo um sujeito social cuja consciência é como um produto social da necessidade e da ação humana, no meio sensível da natureza, em permanente relação com os outros homens, dentro de determinadas condições de produção. Para o marxismo, não existe nada eterno, fixo e absoluto. As idéias, instituições e categorias não são estáticas. Toda a vida humana é social, em constante mudança. A transformação é perecível, portanto toda construção é social e histórica.

O terceiro conceito se refere ao de **prática social**. Para TRIVIÑOS (1987), a dicotomia aparente entre teoria e prática pode ser resolvida a partir da compreensão de que a prática, para o marxismo, não representa a experiência subjetiva do indivíduo, mas o processo produtivo humano, com potencial transformador.

Prática é condição de historicidade e teoria é como se enxerga. Para as Ciências Sociais, uma teoria descolada da prática não chega a ser teoria, pois não se refere à realidade histórica; de uma mesma teoria derivam-se várias práticas que, uma vez concretas, são também limitantes da teoria (DEMO, 1995).

Toda prática é inevitavelmente ideológica, porque se realiza dentro de uma opção política, naquela parte da história que pode ser feita [...] Prática é condição de historicidade. Caso contrário, não acontece. Apesar de suas limitações, aí está sua maior grandeza: entra-se na história por ela. A história concreta nunca é o que a utopia sonha o que a teoria constrói, mas é o possível concretamente, a maneira de

acontecer [...] Não há outra maneira de fazer história, a não ser comprometendo-se com opções políticas concretas (DEMO, 1995, p. 102).

Ainda sobre a prática, o mesmo autor aponta que a mesma traz dimensões ao conhecimento científico-social, que são essenciais para a sua construção:

- a) *obriga à revisão teórica, pois na prática toda teoria é outra;*
- b) *leva o cientista a 'sujar' as mãos, tornando-o concretamente histórico, aproveitável e condenável;*
- c) *assume a opção ideológica e pratica a decência de se submeter ao julgamento histórico aberto;*
- d) *pode colaborar no controle ideológico, na medida em que não se dá ao escamoteamento de suas justificações ideológicas, em contexto da discutibilidade;*
- e) *torna a teoria muito mais produtiva, porque a obriga a adequar-se a uma realidade processual, inquieta, conflituosa, que pouco tem a ver com visão arrumada formalmente em excesso;*
- f) *submete a teoria ao teste saudável da modéstia, porque em contato com a realidade concreta e política, se descobre facilmente que uma coisa é o discurso, outra é a prática; não esgotamos a realidade, nem temos a verdade na mão; somos apenas pesquisadores e atores sociais, gente que duvida, que erra, que deturpa, mas que, sabendo disso quer reduzir o desacerto;*
- g) *leva ao questionamento constante da formação acadêmica, centrada em superficialidades e irrelevâncias que divertem a alienação acadêmica, mas que não conseguem tornar as ciências sociais baluarte concreto da realização humana, da salvaguarda da democracia, da vigilância indomável contra as desigualdades sociais;*
- h) *repõe a importância do componente político da realidade social, que não somente acontece, mas também pode pelo menos em parte ser reconduzida, influenciada, redirecionada; na prática está a chance de construirmos, até onde possível, nossa própria história (DEMO, 1995, p. 104).*

Uma vez expostas as categorias, passo a descrever as três leis da dialética.

A primeira é a lei da transformação da **quantidade em qualidade**. Para avançarmos na compreensão desta lei faz-se necessário reconhecer, com mesmo grau de importância, a relação existente entre os aspectos objetivos e subjetivos.

Segundo DEMO (1995), consideram-se condições objetivas aquelas que são externas ao homem como, por exemplo, a divisão da sociedade em classes sociais, ao passo que as condições subjetivas correspondem àquelas que são opção do homem. As diferenças entre as condições objetivas e subjetivas permitem fazer uma aproximação das dimensões quantitativa e qualitativa da realidade social.

Podemos considerar que no campo das quantidades estão os aspectos objetivos e no campo das qualidades estão as conquistas humanas.

O ator político necessário para transformar a história é aquele que não ocupa posição de passividade, assim, é central que as condições subjetivas estejam presentes para se alcançar as transformações desejadas. Quando se pensa a questão das condições subjetivas como essenciais para que as transformações ocorram, faz-se necessário também discutir sobre a compreensão acerca da consciência dos agentes sociais e dos fatores sociais, e as significações atribuídas a elas pelos atores sociais e o papel da cultura, enquanto produtora de categorias do pensar, sentir, agir e expressar de determinado grupo, classe ou segmento, como instância que articula as concessões, os conflitos, a subordinação e as resistências e lhes oferece sentido. A cultura, considerada como um espaço de expressão da subjetividade humana é dialeticamente um espaço objetivo com capacidade de traduzir o cotidiano, por onde passam e ganham cor os processos políticos, econômicos, os simbolismos e os imaginários sociais.

Segundo MINAYO (1994), a análise sócio-histórica deve abranger a coerência e a força criadora dos indivíduos e sua relação entre as consciências individuais e a realidade objetiva. Neste momento da construção teórica em curso, parece-me importante trabalhar com alguns dos fundamentos teóricos da Psicologia Sócio-Histórica quando do tratamento de questões tão delicadas e profundas como visão de sujeito, a questão da

subjetividade e consciência. Em contato com os seus pressupostos e a forma de tratamento das questões acima referidas, compreendi que esta abordagem é a que mais se aproxima da minha forma de olhar o objeto deste estudo e na busca de uma certa congruência com o referencial teórico escolhido.

A Ciência no século XIX foi marcada por características positivistas, com ênfase na razão como possibilidade de desvendar as leis naturais e o funcionamento regular do mundo.

A Psicologia foi definida como a ciência que estuda a experiência consciente, descrita por Wundt em 1875 (BOCK, 2001). Mais tarde, Wundt, ao identificar a existência de contradições no ser humano, propôs que se pensasse em duas psicologias: A Psicologia Experimental e a Psicologia Social, como forma de tentar resolver as dicotomias entre externo e interno, social e natural, autonomia e determinação. Várias foram as abordagens do homem realizadas pelas diversas correntes dentro da Psicologia, porém nenhuma delas conseguiu superar as dicotomias presentes no ser humano, pois estas eram vistas como antagônicas e não como um fenômeno em movimento.

Encontramos, então, na Psicologia Sócio-Histórica, baseada na Psicologia Histórico-Cultural de Vigotski, uma possibilidade de superação desta dicotomia. A Psicologia Sócio-Histórica fundamenta-se no marxismo e assume como método o materialismo histórico e dialético (BOCK, 2001).

Sua concepção de homem é de ser ativo, social e histórico. Sua concepção de sociedade é a de uma produção histórica do homem, que através do seu trabalho produz a sua vida material. As idéias são concebidas como representações da realidade material e a realidade material como contradições que se expressam nas idéias. A história é vista como um movimento constantemente contraditório em cuja base material deve ser compreendida a formação de idéias, incluindo a ciência e a Psicologia.

Um dos principais aspectos da Psicologia Sócio-Histórica é o abandono da visão abstrata do fenômeno psicológico e a crítica a ela.

O Liberalismo, ideologia fundamental do capitalismo, nasceu com a revolução burguesa e constituiu um mundo que passou a valorizar a individualidade e a vida privada em detrimento dos espaços coletivos e sociais (BOCK, 2001). Nesta perspectiva centralizada no homem, uma determinada Psicologia passa a ser necessária, aquela que concebe o homem a partir da noção de natureza humana. Porém a idéia de igualdade natural entre os homens, em um contexto liberal de profundas desigualdades sociais, propiciou o surgimento da noção de fenômeno psicológico, definido por BOCK (2001, p. 21) como:

Ora processo, ora estrutura, ora manifestação, ora relação, ora é conteúdo, ora é distúrbio, ora experiência. É interno, mas tem relação com o externo. É biológico, é psíquico e é social; é agente e é resultado; é fenômeno humano relacionado ao que denominamos 'eu'.

A relação do fenômeno psicológico com o mundo social e cultural é visto pela Psicologia Sócio-Histórica como um processo que se desenvolve ao longo do tempo, portanto não pertence à natureza humana, não é preexistente ao homem e reflete as condições sociais, econômicas e culturais em que vivem os homens.

Para a Psicologia Sócio-Histórica, falar do fenômeno social é falar de sociedade. Pensar a subjetividade humana é refletir a objetividade em que vivem os homens.

A compreensão do 'mundo interno' exige a compreensão do 'mundo externo', pois são dois aspectos de um mesmo movimento, de um processo no qual o homem atua e constrói/modifica o mundo e este, por sua vez, propicia os elementos para a constituição psicológica do homem (BOCK, 2001, p. 22).

Ainda segundo a autora, o fenômeno psicológico deve ser olhado como subjetividade. Esta subjetividade é concebida como:

Algo que se constitui na relação com o mundo material e social, mundo este que só existe pela subjetividade humana. Subjetividade e objetividade se constituem uma à outra sem se confundir. A linguagem é mediação para a internalização da objetividade, permitindo a construção de sentidos pessoais que constituem a subjetividade. O mundo

psicológico é um mundo em relação dialética com o mundo social. Conhecer o fenômeno psicológico significa conhecer a expressão subjetiva de um mundo objetivo/coletivo; um fenômeno que se constitui em um processo de conversão do social em individual; de construção interna dos elementos e atividades do mundo externo. Conhecê-lo desta forma significa retirá-lo de um campo abstrato e idealista e dar a ele uma base material vigorosa... (BOCK, 2001, p. 23).

Concluindo estas idéias iniciais sobre a Psicologia Sócio-Histórica, vale dizer que ela é crítica porque é posicionada. Como consequência desta forma de investigar o fenômeno psicológico, a Psicologia Sócio-Histórica propõe as seguintes categorias de análise:

- a) examinar os objetos, buscando entendê-los na sua totalidade concreta na qual as partes estão em interação, permitindo que o fenômeno se constitua como tal;*
- b) acompanhar o movimento e a transformação contínua dos fenômenos;*
- c) entender que a mudança dos fenômenos é qualitativa e se dá por acúmulo de elementos quantitativos que se convertem em qualidade, alterando o fenômeno;*
- d) entender que o movimento e a transformação das coisas se dão porque no próprio interior dela coexistem forças opostas. A contradição existente em todos os objetos é a força de seu movimento de transformação. É na relação desse objeto com o mundo que o cerca que os elementos contraditórios se constituem (BOCK, 2001, p. 23).*

Retomando as leis da dialética, temos que a segunda lei é a da **unidade e luta dos contrários** ou a lei da contradição.

DEMO (1995) considera esta lei como a marca mais profunda da dialética. As dinâmicas sociais estão baseadas na polarização, porém, é a polarização que permite o diálogo dialético entre os opostos, que são parte integrante da mesma totalidade. Esta unidade dos contrários é histórica e está presente também na cotidianidade.

A terceira lei é a da **negação da negação**, que nos indica como se faz a relação entre o antigo e o novo quando do desenvolvimento dos fenômenos, que não ocorre de forma linear. A negação dialética é consequência da luta dos contrários e neste processo o novo que surge não elimina o velho de forma absoluta.

O novo significa um novo objeto, uma nova qualidade, mas o novo possui muitos elementos do antigo, os elementos que são considerados positivos na estrutura do novo e que, de acordo com as circunstâncias onde se desenvolverá o novo, continuam existindo neste (TRIVINÔS, 1987, p. 72).

Como forma de retomarmos a questão do processo de trabalho em enfermagem, entendo ser relevante considerar que este, compreendido como parte integrante do processo de trabalho em saúde, possui uma lógica tecnológica própria como veremos mais adiante.

Contudo, encontramos em Emerson Elias Merhy e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, contribuições para o debate do processo de trabalho em saúde, que incorporam o conceito de Marx sobre o processo de trabalho, como sendo dotado dos seguintes componentes:

- 1) “A atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho”;
- 2) “A matéria que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho”;
- 3) “Os meios de trabalho, o instrumental de trabalho”
(MARX, 1989, p. 202).

GONÇALVES (1994), ao discutir a tecnologia e organização social das práticas de saúde, compreende a tecnologia não apenas como instrumentos materiais, mas também como um “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (GONÇALVES, 1994, p. 32).

A tecnologia, portanto, em sentido mais amplo, “é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais” (GONÇALVES, 1994, p. 126).

No estudo realizado pelo autor sobre a Tecnologia do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo, foram privilegiados os saberes estruturados da clínica e da epidemiologia, e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado (GONÇALVES, 1994).

O referido estudo enfatizou os aspectos não-materiais da operação do saber tecnológico, desenvolvidos na produção dos serviços. Posteriormente, estarei descrevendo alguns dos resultados dessa pesquisa, no que se refere especificamente à enfermagem. Porém, numa de suas reflexões, o autor aponta para a caracterização do processo de trabalho não apenas como o emprego de forças mecânicas, mas sim como a “*forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica*” (GONÇALVES, 1994, p. 268).

Em MERHY (1997), encontramos algumas considerações sobre a perspectiva colocada por Ricardo Bruno para o sujeito no interior do processo de trabalho. Este é visto como substrato dos modelos técnico-assistenciais em saúde, que vão conformando, por sua vez, alterações nos processos de trabalho em saúde, desconsiderando a potência criativa presente no agente social que não se aprisiona, quando resiste à plena captura do seu trabalho vivo pelo trabalho morto, na micro-política do trabalho vivo em ato. Não é objetivo de estudo alongar o debate existente entre os autores, mas considerar a importante contribuição de Ricardo Bruno Gonçalves ao estudo do processo de trabalho em saúde, ao mesmo tempo que é necessário avançar nas elaborações teóricas que indiquem possibilidades de novas formas de se fazer saúde. Neste sentido encontro, em MERHY (1997), a possibilidade de resistir à total captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, como forma de inventar e re-inventar novas formas de se produzir saúde.

Para MERHY (1997), o trabalho vivo é visto como fonte de tecnologias, que podem alterar o que está instituído, cristalizado, quando abre as chamadas linhas de fuga no já dado, no já instituído.

Como forma de compreender melhor a construção teórica de Merhy, faz-se mister compreender os principais conceitos presentes em sua formulação sobre a micro-política do trabalho vivo na saúde.

Pois bem, ao refletir sobre o trabalho em saúde no cotidiano - o que se faz, porque se faz, como se faz e para quem se destina este trabalho - o autor lança mão de uma ferramenta analisadora do trabalho em saúde, intitulada fluxograma analisador de um modelo de atenção de um serviço de saúde, cuja finalidade é de desenhar uma certa organização de um conjunto de processos de trabalho, que estão vinculados entre si e ligados a uma cadeia de produção. Não entrarei em aprofundamentos do referido fluxograma, apenas informarei, de forma sintética, que ele representa o momento da entrada do usuário no serviço em busca de atendimento e resolução da sua necessidade de saúde. Ele poderá ou não ser atendido. Seguindo a sugestão do autor, se voltarmos a atenção para o usuário que conseguiu entrar, ou seja, que conseguiu atendimento, poderemos identificar várias formas de atendimento e recepção, em decorrência da existência de diferentes processos de trabalho presentes em um mesmo serviço.

Destaca-se que o trabalhador da saúde é dotado de poder decisório sobre o seu trabalho, que MERHY (1997) denominou de autogoverno, por meio do qual este trabalhador pode interferir em uma determinada etapa do processo de trabalho ou em todo o processo, se assim achar pertinente.

Neste encontro, temos então o usuário com uma necessidade de saúde e o trabalhador de saúde também com suas necessidades e, nesta oportunidade o trabalhador da saúde, dotado de autogoverno, decide sob critérios e formas variadas, que tipo de definição implementará sobre a situação apresentada e, dependendo desta definição, poderá comprometer, ou não, inclusive a essência do espaço interseçor presente na relação trabalhador de saúde e usuário. Este comprometimento ocorre quando do não atendimento das necessidades de saúde do usuário que buscou o serviço com a esperança de ser acolhido em sua dor e em seu sofrimento por um profissional da saúde e ter seu problema resolvido.

CAMPOS (1992) nos diz que o usuário de um serviço de saúde busca ações de saúde que têm valor de uso, ou seja, que vão permitir que sua saúde seja restabelecida, mantendo-o vivo e em condições de exercer autonomia no seu modo de viver a vida.

Tanto Merhy quanto Campos utilizam-se dos conceitos marxistas sobre valor de uso, valor de troca, trabalho vivo, trabalho morto, contudo destacam que o trabalho em saúde contém especificidades importantes a serem consideradas, como, por exemplo, o momento do consumo das ações de saúde, que acontecem ao mesmo tempo em que se realiza a produção da ação de saúde, portanto, com valor de uso para o usuário. Neste momento da produção da ação, configura-se um espaço de encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, em ato, incluídos aqui também os momentos coletivos.

Tanto os momentos individuais de atendimento das necessidades do usuário, quanto os coletivos, se configuram para MERHY (1997) como espaço interseçor, no qual se apresentam tanto as necessidades do usuário quanto as do trabalhador.

Este espaço interseçor é dotado de alta positividade e de grande potência, uma vez que não permite que o trabalho vivo em ato, representado pelas tecnologias leves, seja totalmente capturado pelo trabalho morto, tecnologias duras e leve-duras.

Para o autor, as tecnologias leves são aquelas representadas pelas relações interseçoras, desenvolvidas na cena do trabalho vivo em ato, e as tecnologias leve-duras e duras estariam representadas respectivamente pelos saberes estruturados e pelas máquinas.

Para MERHY (1997), o trabalho vivo, representado pelas relações interseçoras [tecnologias leves], sempre corre o risco de ser capturado pelo trabalho morto, representado pelos saberes estruturados e pelas máquinas [tecnologias leve-duras e duras]. Entretanto aponta que, no trabalho em saúde, a autonomia do trabalho vivo é bastante ampla, condição que confere maior potência para se questionar as forças instituídas, conformar forças instituintes, inaugurar novas formas de se fazer saúde a partir de novos agires e novos saberes.

MERHY (1997) nos aponta que, na saúde, a interseção

se dá de modo imediato, tudo ao mesmo tempo. E, neste sentido, é importante nos debruçarmos um pouco mais delicadamente sobre este típico processo de trabalho, o de saúde, refletirmos um pouco mais sobre o conjunto destas questões e o modo como ele é operado, tanto do ponto de vista da produção material de produtos, bens simbólicos-como o é a

saúde, além de tentar entender que, enfim, falar em satisfazer necessidades e realizar finalidades coloca-nos inevitavelmente, diante de uma discussão no campo da subjetividade humana (MERHY, 1997, p.90).

Por outro lado, a questão da subjetividade humana é tratada pela Psicologia Sócio-Histórica como uma produção histórica, que ocorre a partir de uma relação dialética entre sujeito e realidade objetiva e constituída através de mediações sociais (GONÇALVES, 2001).

Como mediações, a Psicologia Sócio-Histórica destaca a linguagem como sendo a que melhor representa a síntese entre objetividade e subjetividade, pois é

ao mesmo tempo signo e produto social que expressa a realidade social; construção subjetiva compartilhada por diferentes indivíduos através da atribuição dos significados; e construção subjetiva individual, que se dá através do processo de apropriação do significado social e da atribuição de sentidos pessoais (GONÇALVES, 2001, p. 50).

Ainda explorando alguns aspectos importantes em relação ao processo de trabalho na saúde colocadas por MERHY (1997), uma delas é a consideração feita por ele de que mexer em processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses.

A discussão teórica sobre a reestruturação produtiva, as mudanças no mundo do trabalho e os reflexos sobre os processos de trabalho e modelos de gestão é intensa e perpassam diferentes perspectivas de se entender a complexidade própria deste tema.

Para o autor,

[...] o desenvolvimento do universo tecnológico que tem como centro a gestão das organizações produtivas, enquanto uma tecnologia do tipo leve-dura, acompanhou quase passo a passo o que classicamente entendemos por desenvolvimento tecnológico do mundo da produção, desde a introdução de tecnologia dura, como a máquina-ferramenta, que cada vez mais necessita de menos trabalhadores para obter porções maiores de mais-valia, e que é o que se denomina, na discussão clássica do marxismo, de mais-valia relativa e absoluta. Com isso queremos dizer

que as 'revoluções no mundo tecnológico da produção' não fazem só com a entrada em cena de novas máquinas, mas também de novos modos de gerir as organizações a fim de garantir a 'captura' do trabalho vivo em ato na produção, permitindo que os auto-governos tenham de ser 'coerentes' com a natureza do processo produtivo capitalista (MERHY, 1997, p. 94).

Como não é nosso objeto de discussão, não pretendemos nos ater a esta questão, a não ser reiterar o que tem nos dito MERHY (1997) sobre a especificidade do trabalho em saúde, que não permite a transposição imediata dos modelos organizacionais dos processos de trabalho propostos pelas reestruturações produtivas presentes no mundo do trabalho, justificada pela existência do espaço interseçor anteriormente referido no presente texto e reforçado pela colocação de que

o processo de trabalho em saúde é atravessado por distintas lógicas instituintes, como qualquer processo de trabalho, aliás. Mas nele, em particular, o jogo produção, consumo e necessidades tem dinâmica muito peculiar, que faz com que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera (MERHY, 1997, p.98).

Em um centro de saúde, por exemplo, é impossível o trabalho vivo ser totalmente capturado em qualquer prática desenvolvida por qualquer profissional, uma vez que a presença do autogoverno do trabalhador da saúde no espaço interseçor não possibilita que este processo ocorra, uma vez que este espaço é terreno das tecnologias leves, portanto impossíveis de serem controladas.

Em contextos de trabalho complexos como os da saúde, a proposta de gestão tem que possibilitar que os vários interesses sejam publicizados, como nos coloca MERHY (1997), para que a disputa dos projetos e explicitação dos interesses possam ser manifestados.

Necessariamente o perfil da gestão deve ser democrático o suficiente para também estar aberto para ouvir os ruídos presentes no ambiente de trabalho. Concordamos com o autor, que a mudança do modelo tecnológico não garante a mudança na prática dos

sujeitos/agentes implicados no processo de trabalho. Se assim fosse, as mudanças nas formas de se fazer saúde pelos sujeitos seriam apenas o reflexo das mudanças implementadas pelos processos de trabalho, e não o reflexo de uma dinâmica de trabalho que explicita os conflitos, contradições, interesses e estimula as construções coletivas de um modo de se fazer saúde.

Modelos de gestão que não se propõem a ouvir os ruídos podem estar comprometendo o processo de buscar interrogações e possibilitar transformações.

MERHY (1997) ao pensar o papel transformador do trabalho vivo em ato, nos aponta que

o cotidiano de uma organização está sempre aberto à possibilidade de um não compartilhamento ou mesmo de uma não adequabilidade entre o compromisso ilocucionário que o ato de linguagem comporta e as ações, que se tornam vitais para o cumprimento da missão institucional. O cotidiano seria, então, permanentemente atravessado por estes ruídos. Ser gestor, nesta situação, seria desenvolver a capacidade de escutá-los construindo um processo de busca do entendimento deles e de um certo estado de ânimo cooperativo para a execução da missão institucional (MERHY, 1997, p. 103).

Se os ruídos cotidianos são tomados como, no dizer de MERHY (1997), "abridores" de linhas de fuga do instituído, é possível pensar na questão da subjetividade presente nos espaços interseçores, que possibilita a invenção de novos sentidos para o trabalho.

Isto posto, é possível pensar a gestão a partir de uma perspectiva que considere:

a) o processo de trabalho em saúde sob a ótica do trabalho vivo, como uma dimensão que o abre para prática criadoras de permanentes processos tecnológicos para enfrentar a complicada temática das necessidades de saúde, que deve ser vista também sob a perspectiva de sua instituição;

b) processo de trabalho em saúde sob a ótica do trabalho vivo, como uma maneira de analisar a distinção entre o lugar que ocupa e da

própria forma de sua captura para um outro, como o da defesa da vida;

c) processo de trabalho em saúde sob a ótica do trabalho vivo abrindo uma caixa –preta em torno da presença das 'tecnologias leves', tecnologia de (e das) relações – dos interseçores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde - e a importância de se incorporar os interrogadores dos espaços interseçores que se constituem entre o trabalhador em saúde e o usuário (que portam processos instituintes distintos sob a forma de diferentes necessidades na construção dos seus espaços), sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida (MERHY, 1997, p. 105).

Quando o autor se refere ao espaço interseçor como espaço carregado de potência transformadora empreendida pelos sujeitos envolvidos nesta dinâmica, ele nos aponta, também, que o acolhimento e o vínculo fazem parte deste universo tecnológico das tecnologias leves.

Neste sentido o processo ruidoso e criativo instituído, na micro-política do trabalho vivo em ato, é perpassado pela subjetividade do usuário e do trabalhador da saúde, portanto em processo dinâmico de intersubjetividades.

[...] não será que a subjetividade em ato, como essencialidade do homem em ação, não extravasa o sujeito da prática, das atividades, se esta for só entendida exclusivamente como momento capturado? [...] o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições. É possível considerarmos que a tecnologia do trabalho vivo em ato é sempre um elemento ruidoso e permanente na construção dos sentidos dos processos de trabalho em saúde, [...] E isto por sua vez, mostra como é relativa a discussão da caracterização histórico-social determinante do processo de trabalho em saúde, pois há que se reconhecer que este está aberto para o que há de

indeterminado do que se define em ato, em produção permanente, nos espaços das interseções, produções e consumos.

Com isso o próprio mundo das necessidades está em permanente processo de 'captura' pelas tecnologias dos saberes estruturados porque pode e deve ser inventado em processo, no fazer do trabalho vivo que se publiciza para uma nova validação ético-estética no campo do trabalho em saúde, portanto na intimidade entre o repensar a micro-política do processo de trabalho em saúde e o seu processo de gestão (MERHY, 1997, p.110).

Vale ressaltar que Merhy mantém um diálogo estreito com Guattari e Deleuze, que segundo GONZÁLES REY (2003) são produtores de um pensamento crítico que faz avançar muito a compreensão acerca da subjetividade, possibilitando, a partir de momentos de ruptura com a psicanálise, reconceituá-la em um novo espaço de significação. Em Guattari encontramos que o processo de constituição da subjetividade no nível individual é a singularização. É a partir da singularização que o sujeito se torna sujeito da criação e ruptura em agente intencional do desenvolvimento social.

De acordo com GONZÁLES REY (2003), é possível identificar em Guattari a referência psicanalítica à dimensão do desejo, na qual reside o valor do afetivo e do emocional.

Na Psicologia, as emoções e os sentimentos sempre estiveram associados à questão das necessidades. Segundo GONZÁLES REY (2004, p. 84), "[...] as emoções representam um momento da qualidade dos relacionamentos entre indivíduo e seu meio, e estão comprometidos, simultaneamente, com processos de auto-organização da subjetividade".

Para a Psicologia Sócio-Histórica, no mundo atual, que tende a valorizar

o local, o específico, o individual, parece que todas as chances estão dadas para os sujeitos enquanto indivíduos. Entretanto, o que continua sendo observado é que, ou as individualidades não se realizam plenamente, ou a realização de individualidade não é suficiente para a felicidade e emancipação humanas (GONÇALVES, 2001, p. 67).

Para FURTADO (2001), há a necessidade de que a expressão psíquica humana supere o espectro do biológico do indivíduo e passe a constituir um campo denominado de subjetividade. O autor se referencia em Gonzáles Rey¹ para subsidiar a discussão acerca do tema, que diz ser possível trabalhar com a subjetividade no campo da Psicologia utilizando os conceitos fundamentais de consciência, atividade e personalidade. A subjetividade então seria a constituição do psiquismo no sujeito individual, ao mesmo tempo em que a subjetividade se expressa no social, constituindo a subjetividade social.

Para este autor, a constituição subjetiva do real e sua construção pelo sujeito, são parte de um processo que ocorre simultaneamente, de forma inter-relacionada, porém não são dirigidos pela intencionalidade do sujeito.

Assim temos o social que se subjetiva e o subjetivo que se objetiva constantemente (FURTADO, 2001).

Consciência e atividade são categorias fundamentais para a Psicologia Sócio-Histórica, de acordo com AGUIAR (2001, p. 96). Esta autora reafirma o conceito de mundo psicológico “*como sendo o conjunto de registros que se constitui a partir das relações que o homem mantém com seu mundo sociocultural*” (AGUIAR, 2001, p. 96).

O homem, ao atuar no mundo [atividade] interfere neste mundo e é afetado por ele, constituindo seus registros. Neste sentido cabe à Psicologia compreender o homem em sua singularidade, internalizando e expressando sua condição histórica e social, sua ideologia e relações vividas (AGUIAR, 2001).

Assim se faz mister compreender a categoria Consciência, uma vez que o sujeito não se constitui apenas a partir de fenômenos internos e nem está reduzido a meros reflexos externos. O processo de refletir a realidade objetiva se dá de maneira ativa, criativa, em meio à transformação da realidade.

"[...] a consciência deve ser vista como um sistema integrado, numa processualidade permanente, determinada pelas condições sociais e históricas, que num processo de conversão se transformam em produções simbólicas, em construções singulares" (AGUIAR, 2001, p. 98).

¹ REY, G. *apud* FURTADO, O. O psiquismo e a subjetividade social. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). **Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

A reflexão acerca da consciência nos leva a pensar também sobre a questão da linguagem que, produzida social e historicamente, se configura em instrumento fundamental na constituição do sujeito.

Os signos são instrumentos convencionais de contato entre o homem e o mundo exterior, possui significado e integra as funções psíquicas superiores. AGUIAR (2001) considera a palavra como um signo chave, para compreender a consciência e a subjetividade, além de ser espaço privilegiado de criação ideológica.

Para compreender melhor a questão do signo, cabe conhecer a forma de internalização do externo, visto, aqui, não como uma simples transferência do externo, caso contrário não seria possível a constituição da consciência e a geração de formas de pensar, agir e sentir.

A linguagem é um instrumento importante no processo de inter-relação entre o indivíduo e o meio social, não sendo possível separar pensamento e palavra, quando se pretende compreender a consciência. O pensamento não é expresso em palavras, mas é a partir delas que ele passa a existir.

Vale lembrar que o sentimento e as emoções fazem parte da consciência e a interação entre o afetivo e o cognitivo nos coloca diante da discussão entre sentido e significado. As emoções se constituem numa linguagem e quando expressam o pensamento o expressam de forma emocionada. Portanto, sempre temos uma palavra emocionada.

O significado, para AGUIAR (2001), é uma construção social relativamente estável, enquanto que o sentido é a soma dos efeitos psicológicos que a palavra produz na consciência.

A subjetividade, considerada como histórica, constrói-se ao longo da vida e, portanto, não reflete o imediato.

Para que ocorram mudanças, determinadas historicamente, mas como processo subjetivo, não basta o processo de assimilação através da linguagem e do pensamento (entendido como sendo sempre mediados pelos sentimentos). Seria simplista afirmar que a apropriação das

determinações por parte do sujeito, a sua apreensão racional, é suficiente para a ocorrência do processo de re-significação, ou de transformação dos sentidos. A dialética objetividade/subjetividade deve ser considerada como facilitadora ou não desse processo (AGUIAR, 2001, p. 107).

A Psicologia Sócio-Histórica considera ser possível identificar uma situação em que mesmo que o indivíduo se aproprie de sua realidade objetiva e subjetiva, ele não consegue imprimir um processo de transformação, pois ele vive um processo de cisão entre o pensar, o agir e o sentir. Esta cisão poderia ser resultado de uma dificuldade em enfrentar e superar as tensões entre a o novo e a permanência.

As formas de pensar, sentir e agir expressam uma integração muitas vezes contraditória, de experiências, conhecimentos, sem dúvida emocionados, de uma história social e pessoal (mediada pela ideologia, classe social, instituições etc). A consciência deve ser vista, assim, como integrada e multideterminada, marcada por uma processualidade constante, na qual é possível a reconstrução interna do mundo objetivo. A consciência, como tem sido evidenciado, é tencionada por produtos históricos e pela subjetividade dos sujeitos, é social e ideológica, intersubjetiva e particular (AGUIAR, 2001, p. 108).

Como podemos observar, estes autores consideram que a subjetividade é um potente dispositivo capaz de operar processos transformadores, apesar e por causa das ênfases diferenciadas entre a diversidade da consciência individual e coletiva e as sobredeterminações nos âmbitos micro e macro.

A partir do exposto, considero que os referenciais teóricos descritos têm o objetivo de me auxiliar no processo de construção do presente trabalho. Pretendi, ao descrevê-los, “arrastá-los” para perto do fenômeno estudado, como forma de lançar mão continuamente das complementaridades que eles contêm e assim viabilizar minha “chegada ao destino da minha viagem”.

Passo então a recuperar a trajetória histórica da enfermagem, como forma de conhecê-la no passado para compreendê-la no presente e, quem sabe, contribuir com o seu futuro.

***2- RECUPERAÇÃO DA TRAJETÓRIA
HISTÓRICA DA ENFERMAGEM***

A- O percurso histórico da enfermagem

Ao considerarmos o desenvolvimento das práticas de saúde, podemos observar que estas estão estreitamente ligadas às estruturas sociais e, portanto, conformadas de forma particular em cada período histórico determinado (GIOVANINI, 1995).

Partindo desta perspectiva de análise das práticas de saúde, podemos considerar também sua articulação aos aspectos sociais, políticos, econômicos e ideológicos em cada um destes momentos históricos determinados, nos quais a Enfermagem também está inscrita.

As práticas de saúde são tão antigas quanto a própria humanidade, pois é possível identificar sua presença entre as primeiras civilizações do Oriente e do Ocidente, com presença de influências de várias correntes religiosas como o Budismo, Judaísmo, Islamismo e Cristianismo (GIOVANINI, 1995).

SILVA (1986) nos aponta que o desafio não reside apenas em conhecer as características da prática da enfermagem tradicional e seus agentes, mas, sobretudo, buscar identificar como a prática de enfermagem se articulava com a medicina então existente e qual a relação de ambas com o processo de produção em desenvolvimento na sociedade, em cada momento histórico. Para responder a este desafio, a autora ressalta a importância de analisar as concepções sobre saúde/doença, localizando-as em cada momento histórico pelo qual as sociedades se desenvolveram.

Temos então que, para as sociedades tribais primitivas, a doença era compreendida a partir da crença da existência de espíritos malignos que habitavam os seres animados e inanimados. Para a cura dos doentes era utilizada a magia pelos feiticeiros, considerados legítimos para prevenir e curar sofrimentos aliados à religião, praticavam a cura para a qual se destacavam os aspectos mágico-religiosos.

De acordo com MELO (1986), a divisão do trabalho tem sua origem neste momento, na sociedade tribal e na família, de forma natural, em virtude das diferenças entre o homem e a mulher. Ao homem cabia conseguir alimentos para a subsistência da família e à mulher o cuidado com os filhos e as tarefas domésticas.

Já nas civilizações helênicas (1.200 a.C – 800 a.C) e nos séculos anteriores a Hipócrates, as doenças eram vistas também como consequência de fatores sobrenaturais, porém as divindades da religião homérica eram seres humanos, não havia a idéia da existência de demônios, nem tão pouco rituais ou sacramentos complicados. O culto consistia na oferenda de animais para agradar aos deuses, com o intuito de obtenção de favores (SILVA, 1986).

Na medicina hipocrática (460 a.C - 375 a.C), esta visão da doença passa para um plano secundário, dando início à observação rigorosa dos fatos clínicos. Hipócrates considerava que sem o conhecimento do corpo era impossível conhecer o homem como um todo (SILVA, 1986). Neste período não há caracterização nítida da enfermagem.

Desta forma, a explicação sobrenatural das doenças é refutada, pois a crença era de que cada doença tem uma causa natural originada do desequilíbrio dos humores do corpo, aliado às condições atmosféricas e climáticas. Observa-se que para cada visão de enfermidade corresponde uma terapêutica. Sendo assim, a prática da sangria é difundida apesar dos ensinamentos hipocráticos destacarem a capacidade curativa da natureza juntamente com dietas e o uso de drogas ou poções.

Até o surgimento da medicina moderna, no século XVII, a medicina hipocrática influenciou a medicina ocidental. Identifica-se nas religiões romana e grega que as relações entre o homem e os deuses eram vistas como externas, sem dogmas e sacramentos, apesar da forte organização sacerdotal.

As práticas de saúde associavam-se às práticas religiosas e o sacerdote desempenhava um forte papel de intérprete dos deuses e da natureza em todo processo de cura, que envolvia milagres e encantamentos, contra os demônios que causavam mal ao corpo e ao espírito (GIOVANINI, 1995). Para esta autora, a enfermagem era identificada como uma prática domiciliar de partos, com a participação de mulheres pertencentes a castas sociais mais elevadas e cujo trabalho era desenvolvido conjuntamente com os sacerdotes.

Contudo, como aponta SILVA (1986), entre os finais do século III e V d.C, a civilização romana recebeu forte influência do Oriente, passando a almejar a vida após a morte. Nesse momento é possível observar nesses povos um desenvolvimento pequeno das forças produtivas, com predomínio das explicações mágicas para as doenças e uma terapêutica impregnada de magia que coexistia também com explicações religiosas e científicas. Enfim, é possível verificar o surgimento de uma categoria com atribuições específicas de cura, coincidentemente com um maior desenvolvimento das forças e das relações de produção. O feiticeiro da tribo é substituído por uma categoria sacerdotal e por médicos-artesãos.

É possível identificar a presença do trabalho da mulher no que se refere ao cuidado dos doentes já nessa época, indicando as raízes do trabalho feminino da enfermagem. Com a era do Cristianismo surge uma nova visão de enfermidade, que passa a ser entendida como um castigo divino que servia para a remissão dos pecados e fortalecimento da fé, o que aproximava as pessoas de Cristo e salvava suas vidas para a eternidade. Aos cuidadores, também era colocada a oportunidade de salvar suas próprias almas, fato que levou a um encorajamento importante do cuidado aos doentes por parte das pessoas. Cabe mencionar aqui a forte tendência desqualificadora da prática do cuidado desenvolvida por estas pessoas, referidas nas fontes que tratam das origens históricas da enfermagem apesar de o cuidado ser considerado nobre. Caberia uma reflexão sobre o quão nobre uma vez que a sua prática conduzia ao perdão dos pecados e à libertação das vidas das pessoas. Esta contradição pode apontar para uma outra história possível da enfermagem, que enfatize o cuidado como dimensão que originou, em cada momento histórico, as descobertas sobre o cuidado humano que nos influenciam até os dias atuais. A fisicatura, nesta fase do cristianismo, exercida por monges, pouco se desenvolveu por causa da disseminação das idéias cristãs sobre o corpo, desprezando-o em detrimento da exaltação dos aspectos espirituais. Contudo, a religião cristã foi o alicerce principal da Alta Idade Média e um dos elementos ideológicos do feudalismo, influenciando sobremaneira a organização da enfermagem e da fisicatura (SILVA, 1986).

Os conhecimentos sobre saúde, restritos ao clero e desvinculados do interesse científico, sofreram grande influência do misticismo. Surgem as ordens e congregações religiosas que se responsabilizam pela construção dos hospitais e prestação da assistência, caracterizando as práticas de saúde como destinadas às instituições religiosas.

De acordo com FOUCAULT (1979), as funções dos hospitais eram basicamente assistir aos pobres, na transição entre a vida e a morte, e segregar os doentes, retirando-os do convívio em sociedade.

O hospital, nesta época não era caracterizado como instituição médica, não se identificava, portanto, a existência de uma prática médica. A enfermagem era uma prática leiga, desvinculada de saber e baseada em ações religiosas de caráter caritativo (GIOVANINI, 1995).

A moral e a conduta adequadas das praticantes dos cuidados de enfermagem eram exigências colocadas pelas ordens religiosas, que compunham a ideologia dominante da época. Predominavam as ações caseiras, sob forte sentimento de amor e compaixão. Este

foi um período que deixou como legado uma série de valores, que com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos deste tipo, vieram consolidar-se como herança dessa época remota, dando à enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (GIOVANINI, 1995, p. 11).

Pode-se dizer que a prática médica pré-capitalista alicerçou-se inicialmente por um pensamento mágico-religioso e posteriormente adquiriu profundidade e complexidade crescentes com prestígio das sociedades, a partir da legitimação política das ciências empíricas formais. Entretanto a enfermagem pré-profissional, esta nasceu vinculada às atividades domésticas e se desenvolveu baseada no empirismo das mães de família, monjas e escravas, destituída de qualquer saber próprio e especializado e sem qualquer poder e prestígio o que perdurou até 1860, período conhecido como obscuro da enfermagem, até o surgimento dos primeiros contornos das raízes da enfermagem moderna.

Por último, cabe mencionar que as práticas médicas e de enfermagem¹ se articulavam com a sociedade medieval de forma intrínseca, uma vez que seus agentes estavam ligados diretamente à igreja, sendo portanto disseminadores da concepção religiosa da saúde–doença (SILVA, 1986).

O abandono das medidas sanitárias difundidas pela Grécia e Roma antigas e a falta de investimento em saneamento básico, aliada às péssimas condições de vida, alta mortalidade populacional e urbanização crescente, favoreceram a propagação de epidemias e fizeram com que a medicina re-descobrisse a clínica e inaugurasse a quarentena, levando como consequência à criação dos primeiros hospitais e grupos civis de enfermagem. A autora destaca que a medicina desenvolvida pelos monges não incluía a cirurgia, pois esta implicava em derramamento de sangue, devendo, então, ser realizada pelos cirurgiões-barbeiros, podendo ser aí identificados os primórdios da divisão da medicina em medicina interna e cirurgia, que se desenvolveram independentemente até o final do século XVIII, quando então passaram a apresentar referencial teórico comum. O ensino da “Física” [medicina] era realizado nas universidades, gozando de muito prestígio, enquanto a cirurgia era considerada um trabalho manual e era menosprezada (SILVA, 1986).

No período compreendido entre o cristianismo e o feudalismo na Idade Média, as práticas do cuidado e da cura eram baseadas no modelo religioso, o que importava para as cuidadoras dos doentes era o conforto da alma do doente, não havendo necessidade de uma teoria do cuidado. Já em relação ao saber da medicina observa-se que este surge a partir do indivíduo tomado como objeto da prática médica (SILVA, 1986).

Assim como a cirurgia, a enfermagem se enquadrava nas atividades manuais, não requerendo qualquer saber especializado. Além de ser desenvolvida por monjas, estas trabalhavam aspectos invisíveis da salvação, não exigindo qualquer outro procedimento além da fé.

¹ Como já mencionado anteriormente, o hospital nesse período histórico não estava caracterizado como instituição médica, bem como as práticas da medicina e da enfermagem também não estavam claramente definidas tal como as conhecemos atualmente. O que se identificava nessa fase era a existência de práticas interventoras de cura.

De acordo com SILVA (1986), a Baixa Idade Média significou avanços em relação à visão de homem, que passou a ocupar o centro do universo, com interesse pelo mundo material e pela aventura e conquista. As Cruzadas foram um exemplo forte desta tendência e cuja expressão na enfermagem se deu quando da criação dos hospitais e o surgimento das ordens militares de enfermagem, reforçando os ideais de ordem, disciplina e obediência desta prática. Na segunda fase da Idade Média, ocorreram importantes transformações econômicas.

O surgimento do comércio com o Oriente favoreceu o surgimento de algumas cidades com grande concentração de mercadores, gerando grandes concentrações econômicas. Com a queda do feudalismo, o enfraquecimento da nobreza feudal e a constituição dos Estados Nacionais, surge uma nova ordem sócio-político-econômica, que tem na burguesia a representação da classe social economicamente dominante em quase toda a Europa ocidental, no final do século XVII (SILVA, 1986). Esta fase foi de avanço nas descobertas no campo das ciências em geral e da medicina em especial. Contudo, para a enfermagem, a fase de transição para o Capitalismo correspondeu, principalmente na Inglaterra, a um período de obscuridade que se estendeu para além desse período, abarcando aproximadamente três séculos e meio de dificuldades. Segundo ALMEIDA (1986), com a queda do feudalismo e o surgimento do Capitalismo, a enfermagem viveu um período de transição, conhecido como período obscuro da enfermagem que atingiu seu ponto máximo com o Renascimento e a Reforma protestante.

Neste momento observa-se o processo de laicização da enfermagem. Geralmente as mulheres que eram absorvidas para o trabalho em hospitais não serviam nem para a indústria, pois eram bêbadas, imorais e analfabetas. A remuneração dos enfermeiros era à base de troca de comida por longas horas de trabalho pesado (ALMEIDA, 1986).

A enfermagem permaneceu enclausurada nos hospitais religiosos, desenvolvendo práticas empíricas e desarticuladas, condições que a colocaram em grandes dificuldades quando o movimento da Reforma irrompeu (GIOVANINI, 1995).

Observou-se, neste período, o fechamento de inúmeros hospitais religiosos e as religiosas que cuidavam dos doentes foram expulsas, sendo substituídas por mulheres de “baixo nível moral e social”.

Nesse ambiente de miséria e degradação humana, as pseudo-enfermeiras desenvolviam tarefas essencialmente domésticas recebendo um parco salário e uma precária alimentação por um período de trabalho de 12 a 48 horas de trabalho ininterruptos. Sob exploração deliberada, o serviço de Enfermagem é confundido com o serviço doméstico e, pela queda dos padrões morais que o sustentavam tornou-se indigno e sem atrativos para mulheres de casta social mais elevada (GIOVANNINI, 1995, p. 14).

Para GIOVANNINI (1995), o desprestígio das ações de cuidar das necessidades do corpo, pode ser conferido quando se observa o contexto político de desprezo dispensado às práticas de saúde e a posição inferiorizada da mulher na sociedade. A confluência destas condições, segundo a autora, imputou uma fase de decadência, do que então se poderia da proto-enfermagem, que perpassou os séculos XV a XVII (GIOVANNINI, 1995).

As transformações econômicas e políticas que marcaram a queda do feudalismo implicaram em uma dicotomia entre o trabalho manual e intelectual, trazendo como reflexo, a divisão social e técnica do trabalho para a enfermagem. Esta fase, caracterizada como de grave crise da enfermagem, durou até o surgimento do capitalismo.

O desinteresse pela vida monástica, as desativações dos mosteiros desencadeadas pelo movimento da Reforma contribuíram, para a decadência do principal sistema organizado de assistência aos pobres doentes.

Nesta fase, a prática médica² já se deslocava dos mosteiros para as universidades e para os hospitais que se revigoraram e passaram a ser identificados como espaço de cura, com melhorias das condições higiênicas e de instalações, com desenvolvimento de pesquisas e estudos, que alcançavam as classes mais abastadas. Assim, o hospital vai perdendo a imagem religiosa do abrigo e de caridade e passa a ser

² A prática médica nesta fase era denominada de fisicatura.

visto como local onde se trava o duelo entre a vida e a morte, mediado pela tecnologia médica e pela ciência biológica. Já nos séculos XVII, XVIII que vão pavimentar as condições que levaram às descobertas mais importantes dos séculos XIX e XX na área médica, como: a descoberta da bacteriologia por Pasteur e Koch, descoberta do RX, descrição do cólera e da febre tifóide, da malária e da febre amarela, além da descoberta da penicilina, da terapêutica para a cura da sífilis, a vacina contra a poliomielite e a descoberta da insulina. Esses fatos aliados à constatação de que o surgimento do Capitalismo provocou alterações no modo de viver e de trabalhar dos indivíduos e das coletividades humanas, impondo-lhes precárias condições de existência, implicou em o Estado considerar a necessidade da existência de serviços de saúde relativamente eficazes e uma política sanitária de cunho preventivo (SILVA, 1986).

MELO (1986) ressalta que uma primeira divisão social do trabalho da enfermagem pode ser observada quando do surgimento do hospital, na fase inicial do Capitalismo, com características ainda marcadas pelo período religioso, quais sejam, o cuidado ainda era exercido pelas mulheres leigas e supervisionado pelas religiosas [monjas]. Com a mudança do caráter do hospital no período renascentista, devido ao avanço da medicina, há a primeira reforma da enfermagem, quando ocorre a separação da prática religiosa da prática técnico-profissional. Esta separação das profissionais da enfermagem entre leigas e religiosas desencadeia a aquisição de um outro “status” para a enfermagem. A separação não ocorre apenas nesta dimensão, identifica-se também uma separação da enfermagem da prática médica, cabendo à enfermagem a realização de algumas atividades manuais anteriormente realizadas pelos médicos, ao passo que ocorre a sub-divisão da enfermagem entre aquelas profissionais que realizam o cuidado direto e as que supervisionam este cuidado.

MELO (1986) demonstra que o desenvolvimento da profissão dentro do hospital, com a reorganização da prática médica, implicou necessariamente em uma divisão do trabalho entre as profissões que nele atuavam. Temos que o próprio surgimento da enfermagem moderna se dá como uma divisão do trabalho médico, que passa a ocupar a hierarquia hospitalar e coordenar todo o trabalho dos profissionais na instituição.

No Capitalismo, a medicina articula-se com o sistema produtivo, com o objetivo específico de restaurar e conservar a força de trabalho. Já em relação à enfermagem, esta nasce como trabalho assalariado sob o modo de produção capitalista, como podemos observar em seus antecedentes. Temos como momentos históricos mais importantes a Guerra da Criméia [1854-1856] e o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras. Florence organizou os hospitais militares ingleses na Criméia, com o objetivo de baixar o número de óbitos entre os soldados feridos em combate, numa clara demonstração de que as especificidades do cuidado previnem maiores agravos e combatem as mortes, e acabam por valorizar medidas de intervenção bastante positivas em relação à concepção de saúde/doença que se tinha naquele momento. Com o êxito alcançado, Florence foi consagrada heroína da guerra e convidada a estender seu trabalho para outras instituições hospitalares inglesas. Seu nome ficou ligado à enfermagem moderna pela criação de uma escola destinada a formar pessoas para a prática da enfermagem. Conhecida como Escola Nightingale, esta desenvolvia suas atividades junto ao Hospital St. Thomas, em Londres, configurando-se como um modelo de escola de formação em enfermagem (SILVA, 1986).

Temos então que, em 1860, Florence Nightingale, dama da tradicional aristocracia inglesa, inicia sua preparação para o desenvolvimento dos eixos que deveriam nortear o treinamento formal do pessoal hospitalar para a prestação da assistência de enfermagem. Para fazer parte da Escola Nightingale era necessário ter um mínimo de condições educacionais e um máximo de elevação moral. Desta forma eram admitidas na escola dois tipos de alunas socialmente distintas: as "lady-nurses" provenientes de classe social mais elevada, que podiam custear os seus próprios estudos e destinavam-se às tarefas de supervisão, ensino e difusão dos princípios de Florence. E as "nurses", de nível social inferior, que recebiam ensino gratuito, com o compromisso de prestar serviços ao hospital pelo menos por um ano após a conclusão do curso. Às "nurses" cabia a prestação do cuidado direto ao paciente.

Nightingale legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho de enfermagem, trazidas de sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação, subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social (ALMEIDA, 1986, p. 43).

Nightingale se configurou, assim, como responsável pelo modelo vocacional ou a arte da enfermagem. No treinamento, as tarefas eram divididas por graus diferenciados de complexidade, cabendo aos agentes de enfermagem o cuidado direto ao doente e à enfermeira as atividades relacionadas à gerência. Apenas a "matron" [enfermeira-chefe] poderia se dirigir e relacionar-se com o corpo médico. A implementação da disciplina no espaço hospitalar para os agentes de enfermagem serviu também para estabelecer uma relação de subordinação ao médico, dando origem à enfermagem moderna, cuja preocupação era a realização das técnicas como instrumento de trabalho que permitia prestar o cuidado.

Com relação às técnicas de enfermagem, observa-se que estas foram as primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber de enfermagem. Também conhecidas como a arte da enfermagem, as técnicas se estruturaram nas primeiras décadas do século XX, apesar de já existirem no século XIX. As técnicas envolvem tanto procedimentos realizados com o paciente, quanto rotinas administrativas. A formação oferecida por Florence era baseada, segundo SILVA (1986), em três princípios:

1. Preocupação excessiva com a conduta pessoal das alunas;
2. Recomendação de que as escolas fossem dirigidas por enfermeiros e não por médicos;
3. Exigência de um ensino teórico sistematizado, com autonomia financeira e pedagógica.

A ênfase excessiva no primeiro princípio se deve aos antecedentes históricos da profissão, no século XVI. De acordo com SILVA (1986), era necessário trabalhar uma nova imagem para a enfermagem. Uma forma de se fazer isso seria incorporar os aspectos do altruísmo e abnegação, pureza, sacrifício, próprios da missão religiosa; e a outra, implementar um processo de cientificação da profissão, a partir da construção de um saber científico na área, em uma fase da sociedade na qual o saber científico era considerado um valor supremo.

ALMEIDA (1986) aponta que as técnicas de enfermagem ou a arte de enfermagem representavam o saber dominante no ensino de enfermagem. Com o passar do tempo as técnicas vão adquirindo complexidade e passam a ter estreita relação e até mesmo se sustentam em outras ciências, tais como a anatomia, fisiologia, bacteriologia, bioquímica, ciências médicas, psicologia, ética, sociologia e religião.

Observa-se, então, que a enfermagem salta de uma condição inicial de fazer coisas para a de fazê-las utilizando princípios científicos das ciências já descritas. O olhar para o paciente, de forma mais integralizada, e as relações interpessoais passam a ser mais valorizadas. No campo da aquisição de habilidades e realização de técnicas, observou-se também uma alteração que vai do conjunto de técnicas básicas para as técnicas desenvolvidas em áreas específicas, tais como centro cirúrgico, setor de hemodiálise, unidade de terapia intensiva, entre outras.

O sistema Nightingale não ficou restrito à Inglaterra, quando se observa que as escolas norte-americanas se organizaram para atender a este momento e estruturam seus currículos de modo a contemplar a CIÊNCIA de enfermagem baseada nas ciências biológicas, físicas, sociais e domésticas; as TÉCNICAS E HABILIDADES ESPECIALIZADAS que abrangiam as dimensões manuais, intelectuais, sociais e administrativas e os IDEAIS, que diziam respeito às atitudes e padrão de conduta que correspondia à ÉTICA DE ENFERMAGEM e ao ESPÍRITO de ENFERMAGEM.

Com o surgimento dos hospitais nas primeiras décadas do século XX, nos Estados Unidos, temos o trabalho de enfermagem sendo realizado por tarefas e procedimentos de forma subordinada, sem a centralidade no paciente, que era assistido por vários elementos da própria enfermagem. Cabia à enfermeira a direção e o controle do trabalho desenvolvido pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. É possível identificar alunos de enfermagem sendo utilizados como mão - de - obra não remunerada na realização de técnicas, tais como higiene pessoal, alimentação, cuidados de conforto do paciente e do ambiente. A hegemonia das técnicas de enfermagem se consolida com os estudos de Taylor sobre a gerência científica. A partir de então o trabalho de enfermagem incorpora os conceitos de economia de material, tempo, movimento e energia, como forma de orientar o trabalho da enfermagem hospitalar, realizado por pessoal não preparado e supervisionado pelas enfermeiras.

Foi possível observar que o avanço da especialização médica impôs o manuseio, por parte da enfermagem, de tecnologias e realização de procedimentos mais complexos, que a enfermagem realizava sem crítica e reflexão, utilizando-se de uma seqüência de passos e rituais expressos em normas e rotinas. Vale lembrar que é nesse período que os manuais de normas e rotinas ganham força, como forma de regular o cuidado prestado ao paciente.

Diante do exposto, temos que, no final do século XIX ,e início do século XX o saber de enfermagem estava centrado na capacidade de desempenhar tarefas e realizar procedimentos,e que ficou conhecido como a ARTE DA ENFERMAGEM (ALMEIDA, 1986).

Assim, é possível observar que o objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa, condição que revela a cisão do trabalho, no que se refere à concepção e execução do mesmo.

A grande expansão da descrição das técnicas de enfermagem ocorreu entre as décadas de 30 e 50 do século passado e ainda se constituem em área importante do saber de enfermagem.

Ainda segundo ALMEIDA (1986), o saber não é uma entidade abstrata, neutra e desvinculada da prática. Ele é histórico, e por tratar-se de uma dimensão da prática ele vai se compondo e se organizando pelo comando da prática.

As técnicas de enfermagem tiveram o início de sua organização na Inglaterra, no final do século XIX; já nos Estados Unidos, elas se organizaram no início do século XX. As técnicas possibilitaram a instrumentalização do cuidado humano, que até 1860, na Inglaterra, tinha a marca do conforto espiritual do paciente. A ênfase neste eixo foi dada na era cristã, quando os agentes de enfermagem procuravam salvar a alma do doente prestando-lhe cuidado. Nesse momento,a enfermeira, ligada às ordens religiosas, realizava o cuidado baseado no modelo religioso, que vigorou durante toda a Idade Média.

Com o surgimento do Capitalismo torna-se imperioso que a força de trabalho seja saudável e quando, por ventura adoecer, possa ser restaurada rapidamente.

No cenário dos hospitais o saber médico se traduz em poder e comando de toda a hierarquia. Assim, a enfermagem passa de uma prática independente do médico para uma dependente da prática médica, atuando no mesmo espaço geográfico – o hospital – e no mesmo espaço social - o do doente. Temos então que, ao mesmo tempo que o objeto da medicina vai se delineando voltado para o corpo doente, o modelo de enfermagem vai se alterando do cuidado do corpo doente para o cuidado com o ambiente deste corpo doente.

Já no século XX, o espaço hospitalar e as técnicas de enfermagem começam a ser pensadas sob a ótica da administração científica, na perspectiva da economia de tempo e movimento. Estas técnicas ainda eram ensinadas e realizadas sem qualquer preocupação com princípios científicos. O objetivo era tornar as alunas mais rápidas e eficientes, sem almejar seu crescimento intelectual, o que se convencionou chamar de enfermagem funcional, baseada nos preceitos de Taylor e Fayol.

Segundo SOEIRO (2004), a fase de desenvolvimento industrial, compreendida entre 1780 e 1914, ou seja, da fase artesanal, passando pela primeira e segunda revolução industrial, enfatizou a realização de tarefas. Neste período tivemos Frederick Taylor e Henry Fayol como os grandes formuladores das teorias administrativas. Para Taylor, o importante era eliminar o desperdício e as perdas, com imposição de método planejado e estudado por um profissional especializado. A administração então teria quatro princípios:

- a) O planejamento deveria se constituir em um método científico;
- b) A seleção dos trabalhos deveria ocorrer por aptidão, baseada no preparo de mão - de - obra, equipamentos e máquinas;
- c) A execução deveria ser conforme anteriormente planejada, desta forma era necessário o exercício do controle da execução das tarefas;
- d) Execução e distribuição distintas de atribuições e responsabilidades.

Para Taylor o trabalho deveria ser disciplinado, com ênfase na tarefa. O estudo dos tempos e movimentos, para a realização das mesmas, se tornou importante assim como a subdivisão do trabalho e os movimentos elementares empregados como forma de chegar até a Unidade Fundamental do Trabalho.

Os objetivos principais desta visão eram a re-elaboração da tarefa, utilizando movimentos simples e rápidos, com padrões de eficiência e menor fadiga. Também estavam previstos padrões para determinada escala de pagamento e descrição completa da tarefa para seleção e treinamento.

SOEIRO (2004) nos indica que, para o taylorismo, o homem é *homo economicus* e constitui um ser racional, que busca maximizar os resultados. Para o taylorismo existe o homem certo para a tarefa certa, que deve ser realizada com o tempo e movimentos certos, devendo trabalhar dentro do padrão de eficiência, sob controle, com incentivo financeiro. As condições físicas de trabalho devem ser adequadas, de modo a permitir o planejamento das atividades. Dentro de uma organização que tenha normas e regulamentos e onde o trabalhador, visto como extensão da máquina, não tenha conflitos com esta organização, como forma de cooperar com a direção.

Fayol (1914-1925) foi responsável pela formulação da teoria clássica da administração. Sua abordagem anatômica e estrutural da empresa previa um caráter prescritivo e normativo para a estrutura organizacional. As funções administrativas de prever, organizar, comandar, coordenar e controlar incluíam necessariamente a existência de níveis hierárquicos, com uma administração baseada em lei ou princípios universais.

Os princípios gerais da administração defendidos por Fayol incluíam uma visão de obtenção de máxima eficiência, com divisão do trabalho, existência de unidade de comando com autoridade e responsabilidade. A hierarquia implica em coordenação do trabalho. Para a realização das funções da gerência estava prevista a escola de chefes. As funções da organização devem ser técnicas, comerciais, financeira, de segurança, contábil e administrativa.

Para Fayol, administrar é planejar, organizar, comandar, controlar e coordenar.

Os princípios da administração são: a divisão do trabalho, autoridade com responsabilidade, disciplina com respeito às normas e regulamentos, unidade de comando, unidade de direção, centralização, hierarquia e ordem (SOEIRO, 2004).

Estas idéias tiveram grande penetração na enfermagem nas primeiras décadas do século XX até a Segunda Guerra Mundial. Com as enfermeiras administrando e os auxiliares executando, é possível confirmar a divisão social do trabalho na enfermagem que se estende até os anos 50 sem a preocupação com princípios científicos. Esta surge apenas com os educadores norte-americanos, que tinham como objetivo a manutenção do funcionamento perfeito do corpo humano. Assim, observa-se que houve uma busca pelos conhecimentos da anatomia, fisiologia, microbiologia, patologia e também das Ciências Sociais.

ALMEIDA (1986) nos chama a atenção para o fato de a enfermagem buscar sustentação na ciência e o faz aproximando-se do saber da medicina, e conseqüentemente, de sua autoridade.

Com o surgimento da teoria das relações humanas, após a Segunda Guerra, o discurso do trabalho em equipe na enfermagem aparece. Interessante notar que a divisão social do trabalho ainda está presente, porém com mudança de postura, na qual a gerência elabora o plano de cuidados e, por meio de ação comunicativa e relações interpessoais com a equipe de enfermagem, o cuidado pode então ser realizado. A fragmentação do trabalho entre concepção e execução continua presente, contudo observa-se uma alteração do objeto de trabalho da enfermeira, que passa a ser o cuidado do paciente. Esta mudança possibilitou que o saber da enfermagem se expressasse por meio dos princípios científicos, quase todos da medicina, com a participação da psicologia e sociologia, em menor proporção. Com o avanço da indústria hospitalar e farmacêutica, estes passam a operar os avanços tecnológicos com os enfermeiros ocupando cargos de gerência e controle social do pessoal de enfermagem.

O processo de trabalho da enfermagem é norteado pela divisão social e técnica do trabalho, com características de parcelamento de sua prática em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes. Ao enfermeiro, preparado em nível universitário, cabe o lugar

no vértice da pirâmide hierárquica, com os técnicos de enfermagem logo abaixo e os auxiliares de enfermagem ocupando a última posição, anteriormente ocupada pelo atendente de enfermagem figura já extinta dos nossos quadros na atualidade, após a atualização da lei do exercício profissional para enfermagem, que colocou a meta de dez anos para que a qualificação deste profissional fosse realizada. Em que pese ter ocorrido a alteração do objeto da enfermagem, que historicamente passou do cuidado para com o ambiente para as técnicas e, posteriormente para a gerência do cuidado, o fato é que este cuidado é indireto e portanto a enfermagem experimentou um processo de marginalização, atribuído ao seu distanciamento do paciente, objeto da saúde (ALMEIDA, 1986). Esta condição reforça a cisão entre concepção e execução anteriormente mencionada, impõe uma condição de alienação do processo de trabalho aliada à grave crise de identidade vivida, uma vez que não se podem diferenciar as funções desenvolvidas pelos agentes, pois todos realizam todas as atividades e não se consegue definir ao certo o que é complexo no cuidado ao paciente. As tarefas administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro são, em sua maioria, burocráticas e não de elaboração do plano de cuidados, o que demonstra, também, um desvirtuamento de suas funções. Temos então a divisão intelectual e manual do trabalho de enfermagem, que sempre esteve presente na profissão e que se acentua com o Capitalismo. ALMEIDA (1986) nos adverte para o fato de que as enfermeiras que desempenham a função de supervisionar são funcionárias da ideologia dominante, porém assalariadas. A escola legitima esta condição do enfermeiro quando valoriza o ensino como detentor do saber e do poder e a prática como trabalho manual desqualificado. Contudo, analisando sob o ponto de vista da complexidade das tarefas, o trabalho dos agentes de enfermagem que efetivamente prestam o cuidado direto ao paciente, apresenta um grau de complexidade, por se tratar do cuidado humano em suas várias dimensões. Como resultado desta demanda de trabalho mais qualificada, os agentes de enfermagem buscam mais qualificação e o enfermeiro acaba por enfrentar dificuldades em exercer sua liderança, uma vez que vai perdendo espaço. Para MELO (1986), a dificuldade de compreender a divisão social do trabalho da enfermagem ocorre, sobretudo por este trabalho não ser considerado produtivo, sob o ponto de vista da produção capitalista. Ainda segundo a autora, o hospital é o campo primeiro no qual se dá a divisão social e técnica do trabalho, precedida pela divisão social do mesmo. Ao mesmo tempo que crescem as

demandas por trabalho qualificado para atender às tecnologias médicas, cresce o contingente de profissionais menos qualificados, por serem mão - de - obra mais barata, e a divisão social e técnica do trabalho de enfermagem se consolida,, cabendo ao enfermeiro ocupar o lugar hegemônico nesta organização do processo de trabalho, determinada pelo modo de produção capitalista que distribui e posiciona esses profissionais na divisão social e técnica do trabalho em saúde (MELO, 1986). Há que lembrar que o enfermeiro se localiza como um gerente intermediário entre os profissionais de enfermagem e os proprietários das instituições que, ideologicamente, defendem a propriedade privada, pois são empresários, empregadores e diretores. Há que se discutir a enfermagem não sob o aspecto do esforço individual, mas sim em sua estreita relação com o desenvolvimento das forças produtivas existentes na sociedade (MELO, 1986).

Considerando a influência das origens da profissão na enfermagem brasileira, passaremos a discutir o surgimento da profissão em nosso país, bem como a organização do trabalho da enfermagem no Brasil.

B- A enfermagem brasileira

No Brasil colonial, as práticas de saúde estiveram vinculadas inicialmente à prática da pajelança, a rituais místicos e também às práticas domésticas desenvolvidas pelas índias em cuidados dispensados às crianças, velhos e enfermos (GIOVANINI, 1995).

Com a chegada do colonizador europeu e do negro africano surgem as doenças contagiosas. Segundo MELO (1986), os jesuítas passaram a desenvolver a assistência aos doentes em hospitais religiosos. Posteriormente, surgem as Santas Casas de Misericórdia que sequer contavam com a figura do médico e o ensino da medicina no Brasil, o qual teve seu início com a chegada do príncipe-regente. Nesta época a Enfermagem era basicamente hospitalar, com práticas predominantemente curativas, realizadas por religiosas (GIOVANINI, 1995).

De acordo com SILVA (1986), o Brasil nasceu para o mundo capitalista mais tardiamente, quando o mercantilismo já se desenvolvia na Europa, desde o século XVI.

Como forma de facilitar o conhecimento acerca do desenvolvimento das práticas de saúde e da enfermagem no Brasil, adotaremos a periodização histórica sugerida por (SILVA, 1986).

a) Período de 1889 – 1956.

O quadro sanitário no início deste período apontava para uma intensificação das doenças pestilenciais e de massa, que poderiam comprometer a economia agro-exportadora cafeeira. Diante desta situação, o Governo Republicano decidiu sanear os portos e núcleos urbanos como Rio de Janeiro, Santos e São Paulo, como forma de garantir as mínimas condições de saneamento para a realização do comércio (SILVA, 1986).

Foram empreendidas várias campanhas contra a peste bubônica, a varíola, a malária e a febre amarela, além de medidas jurídicas para a implantação da vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral. Como aspecto marcante deste período, temos a Reforma Oswaldo Cruz (1904), que culminou com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública. Todas as ações e iniciativas indicavam o caminho do combate e controle das doenças e da promoção da saúde.

Em 1920, com a Reforma Carlos Chagas é criado, em 1922, o Departamento Nacional de Saúde Pública, com posterior promulgação da lei Eloi Chaves, considerada o embrião da previdência social no Brasil.

A formação do pessoal de Enfermagem, que inicialmente era voltada para ações de caráter curativo, passou a ser orientada na direção das ações de saúde pública. Foi criada a primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, que ficava junto ao Hospital dos Alienados (1890), hoje conhecida como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à Universidade do Rio de Janeiro [UNI-RIO] (GIOVANINI, 1995).

A enfermagem surge, no Brasil, 63 anos após o nascimento da enfermagem moderna na Inglaterra. No período anterior, a enfermagem estava nas mãos das irmãs de caridade e leigos. Como antecedentes da profissão temos o surgimento dos cursos de parteiras, vinculados à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1832; e da Bahia, em 1808, a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras também no Rio de Janeiro, a criação de um curso de obstetrícia em São Paulo, em 1899, e a fundação da Escola de Enfermeiros do Hospital Samaritano e da Escola de Parteiras em São Paulo, em 1901 e 1902, respectivamente (SILVA, 1986).

De acordo com MELO (1986), em 1923 é criada a primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro, financiada pela Fundação Rockefeller, sob forte influência de enfermeiras norte-americanas treinadas pelo sistema Nightingale, o qual mais tarde passou a se chamar Escola Ana Néri. A escola atraiu moças de camadas sociais mais elevadas preparadas para executar tarefas com maior nível de capacidade intelectual (GIOVANINI, 1995).

Para MELO (1986), na saúde pública não ocorreu diferentemente, pois as enfermeiras formadas pela escola Ana Néri ocupavam os níveis de coordenação e os visitantes sanitários executavam o trabalho de promoção sanitária.

Após 1930, com a conformação de um Estado Brasileiro bastante centralizador, temos a criação do Ministério da Educação e Saúde, no qual as ações de saúde estão divididas em Saúde Pública, voltada para programas de saneamento básico, vacinação em massa e campanhas de erradicação de determinadas doenças; e a Saúde Previdenciária, voltada para ações curativas individuais, destinadas aos assalariados urbanos.

Como fatos marcantes deste período podemos citar ainda a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela e do Serviço de Malária do Nordeste, em 1937, e do Serviço da Malária da Baixada Fluminense, em 1940 (SILVA, 1986).

Nas décadas de 40 e 50 assistimos ao processo de industrialização em curso, expandindo a rede previdenciária e os gastos com a saúde, ou melhor, com a assistência médica. A saúde pública recebe incentivos, com a fundação do Serviço Especial de Saúde

Pública – fundação SESP, em 1942, como resultado de um convênio firmado entre o Brasil e os Estados Unidos da América. O objetivo da fundação SESP era basicamente o de combater a febre amarela e a malária na Amazônia, para garantir a extração de borracha destinada a atender aos seus interesses de guerra. Em que pese os interesses daquele país, o fato é que a fundação SESP representou vários incentivos na área sanitária brasileira. Com a ascensão da saúde pública, os cursos para formação profissional da enfermagem tomaram impulso e grande parte dos cursos criados tinha suas aulas ministradas por médicos e, muitas vezes, eram também dirigidos por eles (GIOVANINI, 1995).

Observa-se neste período que, em que pese as necessidades de pessoal para a área da saúde pública, o predomínio da formação era para ações curativas, com longos períodos de estágios nos hospitais.

MELO (1986) nos aponta que, a partir de 1900, o Brasil faz parte dos países nos quais o Estado controla a Saúde Pública, porém o exercício deste controle se dá por médicos e inspetores sanitários.

Ressalta-se que a influência no Brasil foi pela escola norte-americana e não pela escola de Florence, apesar de a divisão técnica e social do trabalho estar presente também na enfermagem brasileira, que se consolida nas décadas de 40 e 50, com a expansão do ensino, impulsionada pela modernização dos hospitais, com destaque para a criação da Escola de Enfermagem de São Paulo (1942) (SILVA, 1986).

Em 1949 se deu início à criação dos primeiros cursos de auxiliares de enfermagem.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, que marca o encerramento da era sanitária da saúde brasileira. A partir de então a saúde previdenciária ganha importante expressão.

Durante todo esse período a medicina caracterizou-se por uma prática artesanal e liberal, na qual os médicos detinham a posse de seus meios de trabalho de forma autônoma, mantendo um relacionamento direto com a clientela.

b) Período de 1956-1983

A partir da década de 60, o país implementa uma política econômica privilegiando o capital estrangeiro, que se consolida com o golpe de 1964, com reflexos importantes para o campo da saúde e justifica a necessidade de racionalização do sistema e diminuição dos custos (SILVA, 1986). Entre 1968 e 1973, tivemos importantes acontecimentos na vida política do país, com o governo autoritário que instaurou a ditadura militar e o “milagre econômico”. A partir de 1973 temos um agravamento da crise econômica e um aumento do endividamento do país, condição que gerou inúmeros questionamentos e movimentações para alterar esta situação favorecida pelo processo de abertura política (SILVA, 1986).

Na saúde identificamos inúmeras reformas como a reforma da previdência em (1966 e 1977), Constituição do Serviço Nacional de Saúde (1975), criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (1974), em meio a perda de espaço da saúde pública para a medicina previdenciária.

Segundo MELO (1986), os atendentes, auxiliares e técnicos, estes últimos criados em 1966, são utilizados amplamente para os serviços hospitalares e sanitários, pois se constituem em mão de obra barata, fato que contribuiu para o acirramento das contradições internas da enfermagem, trazidas da divisão social e técnica da enfermagem .

Para SILVA (1986), a subdivisão do trabalho da enfermagem vai acentuando a crise da enfermagem e, para compreendê-la é necessário a retomada histórica de seu objeto. O objeto de trabalho da enfermagem se alterou da passagem da enfermagem tradicional para a enfermagem moderna da enfermagem tradicional. O cuidado direto do enfermo, passou para as mãos dos ocupacionais da enfermagem, na enfermagem moderna, ao passo as funções de supervisão e gerência destes cuidados, para os enfermeiros portanto, há a fragmentação não somente do trabalho, mas também do objeto da enfermagem.

O hospital, tomado como núcleo do atendimento individual, impõe a necessidade de aumento da contratação de pessoal auxiliar, configurando um contexto de intensa concentração de enfermeiros na área hospitalar.

Nos anos 80, a crise econômica se aprofunda, com a elevação da dívida externa e aumento da inflação. A sociedade civil organizada se articula para exigir eleições diretas. Na saúde, deparamo-nos com a chamada crise da previdência (MELO, 1986).

O governo lança o PREVSAÚDE [Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde] que objetivava estender ao máximo a cobertura, estimular a participação da comunidade, integralizar as ações de saúde, incentivar o uso de técnicas simplificadas, incluir o pessoal auxiliar e o setor privado no Sistema de Saúde (VENÂNCIO, 2003).

Vale ressaltar que o referido projeto não continha a figura do enfermeiro e, por inúmeras outras razões relativas à dificuldade de consenso em suas bases, ele foi arquivado e esquecido.

Diante do reconhecimento público do agravamento da crise da previdência, o governo, externamente pressionado pelo movimento da Reforma Sanitária - que envolvia vários segmentos da sociedade civil organizada - e internamente pela participação efetiva das representações político - partidárias do referido movimento, através do CONASP [Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária], lança, em 1982, o Plano de reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que ficou conhecido como PLANO CONASP. O objetivo do referido plano era a racionalização dos custos no setor. Segundo MELO (1986), os reflexos desta lógica implicou em uma maior absorção do pessoal auxiliar na área da enfermagem.

Nesse momento é possível verificar com maior nitidez as determinações econômicas, políticas e ideológicas que caracterizam a divisão social e técnica do trabalho na enfermagem ao longo de sua trajetória.

Em 1982, vinte Conselhos Regionais de Enfermagem apontavam que, no Brasil, a enfermagem estava distribuída de forma que demonstrava que os enfermeiros e obstetrias correspondiam a 23,7% e os técnicos e auxiliares de enfermagem 76,3% dos trabalhadores de enfermagem.

Tal separação e origem de classe diferente, aliada à diferenciação de salários e ao papel desempenhado pelo enfermeiro, como gerenciador, quase sempre autoritário, dos interesses das instituições ou dos patrões para quem trabalha, é a explicação para a permanente disputa e conflito entre enfermeiras e categorias auxiliares. Esta questão vem sempre sendo identificada como problemas de ordem pessoal e não como conflito entre classes sociais diferentes, que defendem interesses distintos (MELO, 1986, p. 79).

O Plano Conasp, apesar de suas intenções racionalizadoras, trouxe a possibilidade de integrar o setor público, a partir do programa das Ações Integradas de Saúde [AIS] (GIOVANINI, 1995). Esta integração deveria ocorrer entre as instituições de nível federal, estadual e municipal, tendo como pressupostos a universalização, a descentralização e a hierarquização dos serviços. A racionalização dos recursos e o aumento da produtividade, além da reorientação da política de recursos humanos, também faziam parte das preocupações das AIS.

Estas diretrizes institucionais que incluíam maior valorização das atividades básicas e o reconhecimento da participação popular atendiam aos anseios do movimento pela Reforma Sanitária e de defesa do SUS, cujos representantes tiveram participação ativa na construção das mesmas (GIOVANINI, 1995). Os pressupostos do Movimento de Reforma Sanitária representaram um papel relevante para a saúde brasileira, que culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.³

³ Neste momento preciso interromper história para lembrar minha participação nesse processo. Em 1986, eu era aluna concluinte do curso de graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [USP] de Ribeirão Preto. Havia feito a opção pela habilitação em saúde pública e meus estágios eram supervisionados por Maria Cecília Puntel de Almeida, depois de ter sido aluna de Graciete Borges da Silva na disciplina de Sociologia. Como é possível perceber, minhas referências são da mais alta qualidade quando se trata do estudo da enfermagem em geral e da enfermagem de saúde pública em especial. Lembro-me da movimentação frenética de Cecília Puntel, entre nossos encontros de supervisão e as viagens a Brasília, quando de sua intensa participação no movimento da Reforma Sanitária e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde [CNS]. O reflexo destes encontros eram sempre discussões acaloradas e complexas para muitas de nós. Habituada a participação no movimento estudantil, engajei-me nas discussões realizadas na escola e fui eleita uma das representantes discentes como delegada para a Conferência Municipal de Saúde. Mais tarde, por ocasião da formatura, quando Cecília fazia seu discurso como Patronesse de nossa turma, compreendi que a participação na vida política do país e na luta pelas transformações sociais deveriam continuar fazendo parte da minha vida pessoal e profissional. Esta lembrança emocionada me faz bem, pois ela faz parte da minha história de vida, uma história vivida e que influenciou sobremaneira a escolha feita pela Saúde Pública.

A partir da VIII CNS, a concepção de saúde, antes abstrata, é redefinida de forma mais abrangente e foram vários os desdobramentos dos pressupostos do SUS por ocasião da sua incorporação ao texto constitucional e que refletiram a correlação de forças existente na sociedade naquele momento. Alguns desses desdobramentos trouxeram perdas, como por exemplo, um certo privilégio dado ao setor privado de saúde. Contudo aponta-se ganho significativo, como a estatização completa da produção e comercialização de hemoderivados, a incorporação das ações de saúde do trabalhador ao SUS e a participação da comunidade como uma das diretrizes básicas do sistema (GIOVANINI, 1995).

Em meio a esta intensa movimentação, a enfermagem teve que enfrentar o desafio de alterar as suas práticas nos serviços e redirecionar a formação do pessoal em todos os níveis.

Os anos 90 foram marcados por um modelo político neoliberal que impôs, aos países seguidores de suas idéias, medidas econômicas recessivas, políticas fiscais e monetárias rigorosas, acirrando ainda mais as precárias condições de saúde da população brasileira.

O sucateamento da rede pública de saúde chegou ao auge, e a iniciativa privada passou a responder por mais de 80% da prestação de serviços de saúde no país, num antagonismo total aos preceitos constitucionais que prevêm a complementaridade do setor público pelo setor privado (GIOVANINI, 1995, p. 30).

A enfermagem neste contexto ocupa duas posições. Uma parte dos enfermeiros busca as especializações para atender às exigências médico-hospitalares e a outra direciona seu interesse para a Saúde Pública.

Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde, em meio ao processo de queda de Collor, em um contexto político brasileiro conturbado, inclui em seu relatório as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a exclusão progressiva dos manicômios e a extinção do INAMPS, além da implementação dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Fizeram parte destas conquistas ainda a assistência ao deficiente físico e ao índio e a institucionalização das práticas de saúde alternativas de assistência à saúde (GIOVANINI, 1995).

Com relação à formação de Recursos Humanos para a saúde, a IX CNS indicou a necessidade de reorientar a formação desses profissionais e a revisão do currículo profissional como forma de encaminhá-los para uma formação que estivesse voltada para os perfis epidemiológicos. Em 1995, a Associação Brasileira de Enfermagem [ABEN], juntamente com a Comissão de Especialistas da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura [SESU-MEC], definiram as diretrizes nacionais para todas as profissões, dentre elas a do enfermeiro.

Diante de tantas transformações que o país viveu no cenário social, político e sanitário, penso ser oportuno para atender aos objetivos do presente trabalho, conhecermos de que maneira a enfermagem vem construindo suas experiências na atenção primária.

***3- A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA***

A- Do cuidado subordinado individual ao desenvolvimento da autonomia no coletivo.

A saúde entendida como coletiva, pública e social, tem alterado historicamente a organização de suas práticas sanitárias em decorrência da articulação entre sociedade e Estado e a partir da urgência de respostas aos problemas e necessidades de saúde da população (PAIM, 2000).

As profissões em geral e as profissões de saúde em especial, são tomadas em seu estatuto científico de profissão, condição que restringe o conhecimento do desenvolvimento destas práticas na realidade concreta, bem como as possibilidades e os limites presentes no trabalho articulado entre elas (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

A enfermagem como profissão, portadora de seus critérios técnicos e científicos, de competências e valores ético-profissionais, tem de ser reconhecida como trabalho e, para tanto, faz-se necessária a opção por um afastamento dos padrões normativos e técnicos, percebendo-a no processo de trabalho em saúde.

Desta forma é possível identificar seus momentos, caracterizar sua finalidade, tecnologia, objeto e agentes, ou seja, é possível olhar para as práticas de enfermagem em relação entre e com os outros trabalhos da saúde, na sociedade capitalista. É a partir da apreensão de como esta relação ocorre, que se reconhece a sua complementaridade com o trabalho dos outros no espaço institucional e social desta prática (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

Ao pensarmos a enfermagem como trabalho, não podemos desconsiderar o debate em torno dos possíveis impactos das alterações no mundo do trabalho no setor saúde. Há um debate teórico importante em torno desta questão, uma vez que a produção em saúde é operada de forma diferente e específica em relação à produção clássica que ocorre em outros setores da produção capitalista.

Concordamos com a idéia de que fazer saúde envolve gente, necessidades de saúde, trabalhador de saúde, subjetividade e que o produto se dá em meio ao desenvolvimento do processo de produção em saúde cujo valor de uso e de troca. Contudo, pela complexidade do setor saúde e os vários interesses em disputa na construção de

hegemonia em torno de projetos políticos assistenciais, alguns autores atentam para o fato de que as alterações no mundo do trabalho se refletem em algumas dimensões do setor saúde, com maior ou menor intensidade.

Segundo PIRES (2000), o trabalho em saúde está inserido em um contexto do sistema capitalista que organiza a produção sob a lógica do neoliberalismo, que imprimiu um novo padrão produtivo. No Brasil este processo ocorreu a partir dos anos noventa e introduziu novos materiais por meio das inovações tecnológicas por um lado e pela descentralização da produção por outro, intensificando a terceirização. Ressalta-se que estas alterações na produção trouxeram mudanças também em relação às formas de organização e gestão do trabalho.

PIRES (2000) destaca que estas alterações ocorreram predominantemente nos setores industrial e de tecnologia de ponta, contudo identificam-se outros setores da economia que também foram atingidos por algumas destas alterações. Um fenômeno possível de se observar foi o crescimento do setor de serviços do qual a saúde faz parte. Mesmo considerando que o setor saúde possui especificidades em seu processo de trabalho; que tem como finalidade a ação terapêutica do sujeito; como objeto o indivíduo ou grupos de indivíduos doentes ou saudáveis; como instrumental de trabalho o conhecimento; além de o seu produto final ser a própria prestação da assistência que ocorre ao mesmo tempo em que se dá o consumo, alguns impactos da reestruturação produtiva no setor saúde podem ser identificados.

Um deles é o uso de equipamentos de alta tecnologia e avanços da bioengenharia e engenharia genética, tecnologias empregadas para exames de diagnósticos e tratamentos. Em relação a estas tecnologias, percebe-se um processo de terceirização por parte dos hospitais. Já com relação à organização do trabalho e modelos de gestão, identifica-se pequena absorção das inovações tecnológicas pelo setor saúde, pois o processo de trabalho em saúde opera de forma específica e com práticas interdependentes.

ALMEIDA e ROCHA (1997) consideram que se partindo de realidades concretas, podemos identificar os conflitos e as contradições presentes nas dinâmicas de desenvolvimento dessas práticas, como forma de contribuir para estratégias de mudança da

realidade. Com relação ao trabalho da enfermagem e a partir de sua recuperação histórica, pudemos identificar o final do século XVIII como sendo o momento no qual o conhecimento médico - clínico tem seu início, ao mesmo tempo que o hospital se transforma em local de cura. A enfermagem quando surge na Inglaterra, no final do século XIX, tinha como objetivo higienizar e disciplinar o espaço do hospital, como forma de possibilitar o projeto de recuperação do corpo doente, objeto do trabalho médico.

Segundo ALMEIDA e ROCHA (1997), a enfermagem se institucionaliza com o nascimento da clínica e da mudança do hospital como espaço de cura. Estas mudanças tiveram como mola propulsora a emergência do Capitalismo, que colocou como necessidade o controle do corpo doente como forma de controlar a escassez de mão-de-obra para o trabalho. Nesta perspectiva, o médico é o agente que conduz este processo de recuperação da força de trabalho, colocando-se como proprietário das condições de trabalho, uma vez que é responsável pelo diagnóstico e tratamento, desempenhando sozinho este momento do seu processo de trabalho.

Com a complexidade crescente do hospital, inclusive com a sua ampliação estrutural, outros trabalhos vão se agregando ao trabalho médico, conformando o trabalho coletivo em saúde, no espaço hospitalar. Vale ressaltar que, nesta nova conformação, caberá ao médico a realização do trabalho considerado intelectual, pois detém conhecimento para realizar o diagnóstico e a terapêutica, condição que o coloca em posição hegemônica no processo de trabalho em saúde, ao passo que os trabalhos realizados por outros trabalhadores posicionam-se de uma forma a refletir a estrutura de classe social presente na sociedade, garantindo ao médico o espaço de poder que ele tem no conjunto dos demais trabalhos (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

De acordo com LEOPARDI et al. (2001), o contexto de trabalho no setor saúde se realiza no coletivo, agregado ao trabalho dos demais profissionais, portanto a enfermagem não responde por toda a assistência prestada.

Esta característica própria do trabalho em saúde pode ser explicada pela diversidade de trabalhadores que nele operam suas atividades, com seus objetos, instrumentos e finalidades específicas distintas para atender às necessidades da população, porém com uma única finalidade geral.

Com relação à saúde coletiva, PAIM (2000) nos aponta que para entendê-la é preciso retomar a história da saúde pública em seus aspectos mais essenciais. Reconhece-se que as bases teóricas dos discursos sociais sobre a saúde emergem na Europa Ocidental, no século XVIII, momento em que se tinha de um lado uma concepção Higienista individual e, por outro, uma concepção fiscalizadora de saúde conhecida como Polícia Médica. Com a Revolução Industrial, as condições de vida e saúde, das populações, bem como a organização dos trabalhadores giraram em torno de agendas reivindicativas nas quais se incluíam aspectos relativos à saúde. Em 1830 e 1880 surgem, na Inglaterra, França e Alemanha, propostas que pretendiam compreender a crise sanitária, e que receberam a denominação de Medicina Social. Estas propostas esclareciam que a medicina era uma política aplicada no campo da saúde individual e a participação política era a principal estratégia de transformação da realidade de saúde, uma vez que as lutas populares deveriam conquistar democracia, justiça e igualdade, considerados os principais determinantes da saúde social (PAIM, 2000).

De acordo com ALMEIDA e ROCHA (1997), o surgimento do movimento da Medicina Social na Alemanha, Inglaterra e França, fortaleceu a idéia de que a doença era um fenômeno coletivo e, portanto seu enfrentamento precisava de ações ao nível da população.

O modelo de saúde coletiva também emerge com o Capitalismo. Neste modelo, a doença é vista como fenômeno coletivo e a epidemiologia destacada como um dos saberes fundamentais. Este modelo tenta dar respostas às mortes por epidemias que assolavam vários países da Europa Ocidental, durante os séculos VII, VIII e XIX. Os principais instrumentos utilizados par este modelo foram o saneamento, a higiene social, a quarentena, as estatísticas de mortalidade, entre outros.

Segundo PAIM (2000), em que pese ter ocorrido um esvaziamento político do movimento da Medicina Social, esta gerou importantes formulações para pensar a saúde. Na Inglaterra e nos Estados Unidos é organizado, ao nível do Estado, um movimento conhecido como Sanitarismo. Este movimento foi constituído por funcionários de agências de saúde e bem-estar e defendia a idéia da aplicação de tecnologia e princípios de organização da saúde de forma mais racional e a expansão das medidas profiláticas, como: saneamento, imunização, controle de vetores, principalmente destinada aos pobres. Esta conformação ao nível estatal ficou conhecida como Saúde Pública e recebeu grande reforço de suas idéias com as descobertas bacteriológicas.

Com o relatório Flexner, no início do século XX, as bases científicas da medicina são reavaliadas, imprimindo alterações importantes na formação médica, baseada na adoção de princípios científicos e tecnológicos rígidos e exigência de realização de pesquisa básica. O relatório Flexner separa o que é coletivo do que é individual, o que é público do que é privado, o que é biológico do que é social, o que é curativo do que é preventivo (PAIM, 2000). A partir de então surgem escolas de Saúde Pública nos Estados Unidos e em vários países da América Latina, com investimentos de agências financiadoras, como a fundação Rockefeller. De acordo com AROUCA (1975), na década de 40, como reflexos da crise de 1929 e o aumento dos custos dos investimentos em saúde, surge nos Estados Unidos a proposta de criação de um sistema nacional de saúde, com reflexos importantes para a formação médica, que passa a incorporar no currículo aspectos da prevenção das doenças.

No que se refere à estrutura organizacional das instituições de ensino, estas propõem a criação dos departamentos de medicina preventiva, que substituiriam as cátedras de higiene, com a responsabilidade de difundir os conteúdos da epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, com a redefinição inclusive do conceito de prevenção, incorporando os preceitos de LEAVELL e CLARCK de níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Com a difusão das idéias de medicina preventiva por toda a Europa, os Organismos Internacionais de Saúde-Organização Mundial de Saúde [OMS] e Organização Panamericana de Saúde [OPAS] organizam congressos e valorizam o movimento (PAIM, 2000).

Na década de 60, nos Estados Unidos, as grandes mobilizações sociais em torno de questões sociais, como a Guerra do Vietnã, direitos humanos, racismo, pobreza urbana culminaram com reivindicações sociais de saúde, habitação e educação. Observa-se que na área da saúde foi organizado o movimento de Saúde Comunitária ou Medicina Comunitária, com implantação de centros comunitários públicos de saúde, destinados a desenvolver ações preventivas e prestação de atenção básica às populações socialmente marginalizadas em regiões muitas vezes geograficamente delimitadas. A Saúde Comunitária recupera e incorpora o discurso da medicina preventiva, principalmente no que se refere à utilização das ciências da conduta como Psicologia, Sociologia e Antropologia. Entretanto, a utilização destes conhecimentos não objetivava a facilitação da relação médico paciente e sim a integração das equipes nas comunidades. Com a existência de algumas poucas experiências, a Medicina Comunitária nos EUA era um projeto suplementar também marginal à política de saúde mantendo-se assim, em caráter restrito. Contudo, a Organização Mundial de Saúde incorpora os princípios da Medicina Comunitária, enfatizando a extensão da cobertura de serviços para as populações excluídas, e acaba por definir os serviços básicos de saúde, no que se refere à realização das seguintes atividades: atenção à saúde da mulher e da criança, controle das doenças transmissíveis, saneamento ambiental, manutenção de sistemas de informação, educação em saúde, enfermagem de saúde pública, assistência médica de baixo grau de complexidade, com posterior inclusão da participação popular PAIM (2000).

Segundo ALMEIDA e ROCHA (1997), a enfermagem, como parcela do trabalho em saúde, participa do processo de produção dos serviços de saúde em nível coletivo. Podemos observar que o processo de trabalho da enfermagem vai ganhando autonomia e não se vê mais subordinado ao processo de trabalho médico, como o modelo clínico impunha, mas sim ao processo de trabalho em saúde coletiva. Este processo de trabalho em saúde coletiva toma como instrumentos a clínica, em seu modelo epidemiológico: o saneamento ambiental, as políticas sociais, as ciências sociais, a educação em saúde, os trabalhos em grupo e outras atividades que, de forma conjunta com outras ações, vão recortando vários objetos além do corpo biológico, a fim de controlar a ocorrência de doenças na população. Esta enfermagem é a chamada Enfermagem de Saúde Pública.

O que se observa na América Latina é que os programas de saúde comunitária foram implantados mais na Colômbia, no Brasil e no Chile, com incentivo das agências internacionais e pela Organização Panamericana de Saúde.

Na década de 70, a Organização Panamericana de Saúde, preparou e organizou toda a produção de literatura relacionada à difusão das idéias e do conhecimento da saúde pública. Em 1976, o comitê assessor da Organização Panamericana de Saúde para formação de pessoal de enfermagem comunitária, destacou a importância dos métodos e conceitos epidemiológicos e recomendou que este conhecimento fizesse parte da formação da enfermagem comunitária, além de definir, em informe técnico, que a enfermagem comunitária tinha como sujeito a comunidade global, sendo que as suas ações deveriam estar dirigidas à população como um todo (ALMEIDA, 1991).

A enfermagem comunitária integra em suas atividades os conceitos e métodos das ciências da saúde pública, utilizando-se da epidemiologia para diagnosticar as necessidades de saúde da população e identificar grupos e/ou conjunto de indivíduos que compartilhem das mesmas necessidades de saúde. Desta forma, a enfermagem acompanha as terminologias e propostas de modelos de saúde referenciados nos mesmos marcos conceituais que a medicina preventiva, a tradicional saúde pública e a medicina integral, presentes na década de 80, ou seja os pressupostos de LEAVELL e CLARK, da atenção primária de saúde.

A OPAS e o Ministério da Saúde, em 1977, publicam o que ficou conhecido como Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade. Neste manual, os instrumentos de enfermagem são definidos de forma a orientar a qualidade das ações, prioritariamente desenvolvidas em áreas rurais: proteção materno-infantil, nutrição e vigilância epidemiológica.

O documento, contendo 12 itens, indicava as seguintes direções:

- 1) A enfermagem identifica os grupos de alto risco na comunidade, assegurando-lhes atenção prioritária;

- 2) Toma medidas para que o cliente e/ou comunidade participem na identificação de suas necessidades de saúde e no desenvolvimento de programas, visando atendê-los;
- 3) Presta assistência primária, especialmente às populações desprovidas de serviços de saúde, com a participação da comunidade;
- 4) Participa do processo de vigilância epidemiológica, informação, decisão, ação, no desenvolvimento das suas atividades em todos os níveis de atuação, para o atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade;
- 5) Participa no processo de planejamento de saúde, em todas as suas fases e níveis;
- 6) Planeja a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, visando a assegurar a satisfação das necessidades identificadas, com base no plano geral de saúde;
- 7) A enfermagem, atendendo às necessidades dos clientes os encaminha a outros serviços com informações indispensáveis à continuidade da atenção à saúde;
- 8) A administração de enfermagem estabelece suas Normas e Procedimentos, em consonância com os programas de saúde;
- 9) Prover de supervisão programada todos os níveis, de acordo com as necessidades do pessoal, dos serviços e da comunidade;
- 10) A administração de enfermagem distribui por escrito as tarefas a serem realizadas nos serviços, considerando o grau de complexidade das mesmas e a qualificação do pessoal;
- 11) Organiza e mantém programas de educação em serviços para o desenvolvimento do seu pessoal, em todos os níveis, baseados nas reais necessidades de saúde da comunidade;
- 12) Avalia, periódica e sistematicamente, os resultados dos serviços prestados, com base nos objetivos e metas (ALMEIDA, 1991).

É possível perceber por estas diretrizes, a busca de sintonia entre a enfermagem e uma proposta de extensão da cobertura a ser alcançada por meio da atenção primária em saúde. A idéia da atenção primária à saúde, que já estava sendo gerida em alguns países, foi definida na Conferência Internacional de Atenção Primária em Alma Ata em 1978, que apontou para todos os países o desafio de que todos os povos deveriam atingir até o ano 2000, níveis de saúde que possibilitassem ter uma vida social e economicamente produtiva.

Como estratégia teríamos,então, a atenção primária em saúde, encampada pela enfermagem em 1981, em apoio à saúde para todos no ano 2000.

A proposta de atenção primária prevê a utilização de pessoal elementar na prestação da assistência à saúde, com pouca participação das enfermeiras que, estavam restritas aos espaços dos hospitais. Esta proposta de atuação mais política da enfermagem se refere a um projeto de saúde nacional e culminou com o movimento da reforma sanitária, incorporação do SUS pela constituição de 1988 e a tarefa de construção e consolidação deste sistema no cotidiano de trabalho dos trabalhadores de saúde. Já na década de 80, a saúde comunitária, agora denominada de SILOS [Sistemas Locais de Saúde], se apresenta de forma distritalizada e hierarquizada (PAIM, 2000).

Nos anos 90 temos, como um dos reflexos da queda do leste europeu, o neoliberalismo se sobrepondo aos vários setores sociais e econômicos de diversos países, sob a lógica de uma nova ordem mundial. Neste momento, a OPAS desencadeia um debate sobre a crise da Saúde Pública em seus aspectos teóricos, práticos, organizativos, de relações com o Estado; assim, a OMS encampa o debate sobre uma Nova Saúde Pública.

Na década de 90 vários países imprimem mudanças econômicas e sociais, orientadas na direção da eficácia e a eficiência sustentada em ajustes econômicos, dos quais a saúde não escapa.

Várias destas mudanças, ditadas pelo Banco Mundial, atingem também a América Latina e passam ao largo dos Ministérios, órgãos relacionados à saúde e escolas de saúde pública, compondo uma agenda para a saúde baseada em uma cesta básica para o setor, acertada entre instâncias governamentais. Várias foram as iniciativas da OMS e da

OPAS com o objetivo de debater temas relativos à saúde pública, tais como: política pública, sistemas de informação e desenvolvimento da epidemiologia, economia e financiamento, recursos humanos em saúde, desenvolvimento tecnológico e sistemas de saúde, que culminaram com um projeto encaminhado pela OPAS que compreendia o período entre 1991 e 1995, para a reflexão sobre a prática e a teoria da saúde pública (PAIM, 2000).

Evidentemente que quando se debatem novas perspectivas para a saúde pública, se debate também a necessidade de novos profissionais, compatíveis com as novas premissas. Mesmo não sendo objeto deste trabalho discutir com profundidade a questão da formação do profissional de saúde pública, o que por si só demandaria uma pesquisa própria, vale lembrar que o aspecto da formação foi uma das inquietações por mim levantadas no início deste trabalho, uma vez que, como docente de enfermagem, compartilho do pensamento de LIMA (1998), quando ela se refere à instituição formadora como um dos atores políticos que possibilitam realizar rupturas, alavancar mudanças em direção a um projeto de saúde, bem como promover uma formação profissional comprometida com as necessidades de saúde da população.

PAIM (2000) chama a atenção para um aspecto mais profundo que envolve o debate em torno da crise da saúde pública, qual seja a discussão em torno da crise de paradigma da saúde pública, como forma de não circunscrever o debate apenas em torno do modelo técnico-assistencial.

Pela profundidade que este debate demanda e pela complexidade do tema, não aprofundarei esta questão uma vez que ela remete necessariamente a reflexões sobre os determinantes do processo saúde-doença, como forma de construir um novo paradigma.

Entretanto lanço mão dela como forma de me referir ao movimento denominado de saúde coletiva desenvolvido na América Latina nos últimos 20 anos, e que vem trilhando o caminho da incorporação do complexo promoção-saúde-doença-cuidado (PAIM, 2000).

A Saúde Coletiva, entendida como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, tem na epidemiologia, no planejamento, na administração de saúde, nas ciências sociais em saúde e na clínica a estruturação de seus saberes científicos, envolvendo o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a definição de políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho, a compreensão do processo saúde-doença, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária (PAIM, 2000).

Um campo de atuação, conformado com tal complexidade, deverá contar com processo de trabalho que estabeleça relações sociais que permitam ao homem objetivar sua subjetividade. Sendo assim, as práticas de saúde são vistas de forma articulada ao modo de produção, às políticas sociais e como parte de um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender às necessidades sociais (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

Podemos considerar como disciplinas complementares ao campo da saúde coletiva a estatística, a demografia, a geografia, a genética, as ciências biomédicas, entre outras. Faz-se mister ressaltar que esta área fundamenta práticas transdisciplinares, multiprofissionais, interdisciplinares e transeitoriais.

A saúde coletiva envolve certas práticas cujo objeto se constitui nas necessidades de saúde, com utilização de distintos instrumentos de trabalho, diversos saberes, disciplinas e tecnologias materiais e não - materiais. As suas intervenções são centradas nos grupos sociais e no ambiente, independente do tipo de profissional e do modelo institucional. Podemos entender a saúde coletiva como um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas pela academia, serviços de saúde, organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa.

A valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores do setor tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação (PAIM, 2000, p. 66).

A saúde coletiva privilegia nos seus modelos de ação quatro objetos de intervenção, quais sejam:

- 1) Políticas [formas de distribuição do poder];
- 2) Práticas [mudanças de comportamentos, cultura, instituições, produção de conhecimentos, práticas institucionais, profissionais, relacionais];
- 3) Técnicas [organização e regulação dos recursos e processos produtivos, corpos e ambientes];
- 4) Instrumentos [meios de produção e intervenção].

B- Da autonomia do cuidado à atenção ao coletivo gerencial

Com as Leis Orgânicas que vieram posteriormente para regulamentar o SUS, definiram-se algumas questões, como a participação da população no sistema, porém não se enfrentou a discussão sobre a participação do setor privado, nem como produtor de insumos, nem como prestador de assistência médica, deixando o modelo hegemônico no país como o modelo neoliberal, com características privatizantes. Neste cenário adverso de forças antagônicas, em que as diretrizes do SUS foram implementadas, era necessário discutir as regras para o financiamento do setor e para tanto, o tema da autonomia local e autogestão e decisão local ganham força. As Normas Operacionais Básicas [NOB] foram editadas em 1993 e 1996, configurando-se em importante instrumento de viabilização dos processos de descentralização e municipalização da saúde, quando discute, indica e define as modalidades de gestão para os municípios e estabelece a sistemática de relacionamento entre as esferas de governo, além da definição dos modelos de gestão básica, gestão plena e semiplena. É na NOB/96 que surge a proposição dos programas nacionais, como Agentes Comunitários e Saúde da Família, com repasse de verbas específicas, o que contraria a lógica da descentralização dos recursos, em função das necessidades locais.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, se colocou uma nova demanda para a formação do novo profissional requerido para este projeto de saúde e a fundamentação das disciplinas que compõem a saúde coletiva é objeto de análise e definições. Para alcançar a saúde coletiva, o trabalho de enfermagem tem que se apresentar de forma variada, indo desde o cuidar de enfermagem, até a participação no planejamento de saúde.

Este novo cenário da saúde coloca para a enfermagem novos desafios com relação à organização do processo de trabalho. Ao nos reportarmos brevemente à historicidade das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, conforme nos indica VILLA et al. (1997), compreendemos a emergência das práticas de enfermagem e a quais finalidades atendem por meio da organização do processo de trabalho.

O primeiro grande modelo tecnológico de saúde pública paulista foi o modelo bacteriológico, cujas ações de saúde não incorporavam os agentes de enfermagem, pois eram predominantemente dirigidas ao ambiente, como desinfecção domiciliar, remoção de doentes (que tinham que ficar isolados) para hospitais, remoção de cadáveres, ou ainda ações de controle de vetores. Estas ações eram de cunho coercitivo e fiscalizador, com um entendimento de que a saúde era caso de polícia. Os principais agentes deste modelo eram os médicos, os profissionais mata-mosquitos, os engenheiros sanitários e os guardas.

Um segundo modelo de organização tecnológica da saúde pública foi o chamado modelo médico-sanitário que compreendeu o período de 1925 a 1960. Suas principais características eram: a existência de uma rede de serviços sanitários no estado, que cresceu de forma muito abrupta, sem planejamento, com funções mal definidas e com múltiplos órgãos também mal coordenados. A educação sanitária era o instrumento de trabalho predominante, mas que ainda convivia com ações do tipo polícia médica e ações campanhistas que são incorporadas (VILLA et al., 1997).

O centro de saúde tinha por finalidade conservar a saúde das pessoas matriculadas, oferecendo a realização de exames médicos periódicos, atuação nos serviços de higiene escolar e pediatria, com o propósito de formar a consciência sanitária da população em geral.

O trabalho da enfermagem era desenvolvido isoladamente em órgãos da Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP), como nos serviços de tuberculose, hanseníase, tracoma, puericultura, entre outros. Esta forma de organização tecnológica do trabalho em saúde configura a atuação da enfermagem em áreas especializadas, sem preparo formal e sem treinamento em serviço.

As contratações ocorriam por indicações políticas, não havia padronização das atividades no serviço, o fichário das vacinas não existia, além de não obedecerem a uma regularidade na oferta. As atividades de enfermagem eram fortemente de caráter sanitário, porém sem o preparo dos agentes. As características das ações de saúde eram marcadamente de controle por meio da distribuição de leite em pó e medicamentos para comunicantes de doentes portadores de doenças transmissíveis (VILLA et al., 1997).

No trabalho, a polarização entre as figuras do atendente e do médico era intensa, aliada à ausência de mecanismos racionalizadores, que servissem para a organização do trabalho em saúde, o que possibilitou que cada agente de saúde procurasse uma forma autônoma de atuar.

Segundo VILLA et al. (1997), com relação à enfermagem, não há indícios de que a divisão do trabalho estivesse presente, uma vez que todos os agentes de enfermagem realizavam todas as ações previstas. Esta condição apenas existia por causa da ausência da supervisão de enfermagem desenvolvida pelo enfermeiro; contudo, observa-se nesta fase do desenvolvimento das práticas de saúde que este profissional executava que eram direcionadas para o treinamento em serviço do pessoal de enfermagem, com inserções bastante esporádicas nos serviços. O procedimento técnico que demandava maior presença do enfermeiro era o treinamento para a realização do teste de Mantoux. VILLA et al. (1997) registra que a própria presença do enfermeiro, mesmo que esporádica nos serviços, já era suficiente para desencadear conflitos e tensões, numa demonstração de negação do profissional em campo.

No período compreendido entre os anos de 1969 e 1983, o modelo tecnológico de saúde foi a Programação em Saúde. A reforma administrativa ocorrida em 1969, a SES-SP, alterou a organização tecnológica do trabalho em saúde pública. O trabalho, que

antes era realizado em serviços especializados e de forma isolada técnica e administrativamente, passa a ser desenvolvido a partir de um modelo caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual, que passou a ser denominado de Programação em Saúde, e se estendeu até 1983.

De acordo com VILLA et al. (1997, p.58), *"a Programação em Saúde, enquanto um saber que instrumentalizou o processo de trabalho, consistiu em uma proposta de controlar o processo saúde–doença na coletividade"*.

O processo de trabalho estava caracterizado, entre 1976 a 1983, por uma quebra da polarização do trabalho entre médicos e atendentes, com a introdução de novos profissionais no processo de trabalho em saúde nos serviços, inclusive o enfermeiro. Reconhece-se que foram instituídos a supervisão e os controles rotineiros sobre o trabalho desenvolvido pela enfermagem, situação que antes se concentrava nas mãos do médico em relação ao trabalho dos atendentes e visitantes sanitários.

Como conseqüência, temos a instituição da divisão técnica do trabalho da enfermagem, cabendo ao enfermeiro a supervisão, treinamento, controle e coordenação do trabalho. O trabalho em saúde caracteriza-se por ações individuais e coletivas, destinadas a grupos populacionais selecionados por critério de risco. As características técnicas do trabalho eram marcadas pela quebra das relações afetivas, introdução da hierarquia, cumprimento da ordem e das normas, de forma impessoal. Neste processo de trabalho cabia ao enfermeiro desenvolver a noção de equipe de enfermagem, treinar pessoal de nível médio e elementar para a execução das atividades previstas nos programas, intermediar as relações de prestação de assistência médica individual e coordenar a equipe de agentes (VILLA et al., 1997).

A prática de enfermagem tende a enfatizar a organização dos procedimentos técnicos do serviço, com o enfermeiro atuando para consolidar a padronização de técnicas da enfermagem. Seu trabalho era caracterizado pela aceitação relativamente passiva das limitações de poder, por um esforço intenso para atender a uma multiplicidade de atividades relativas às atividades de caráter individual e coletivo, detentor do conhecimento acerca das questões técnicas organizativas e gerenciais do serviço de saúde pública.

A entrada das primeiras enfermeiras na coordenadoria de saúde da comunidade marca uma nova era no serviço de enfermagem. Este novo profissional introduz as técnicas de enfermagem, e neste processo de dividir o trabalho em tarefas e atribuir cada tarefa a determinado agente da equipe institucionaliza-se a divisão técnica do trabalho de enfermagem, assim como a hierarquia e a disciplina (VILLA et al., 1997).

O trabalho da enfermagem na lógica do modelo da Programação em Saúde foi incorporado a um conjunto de atividades dirigidas e sistematizadas a grupos populacionais de crianças, gestantes e adultos, de acordo com critérios de risco, como foi anteriormente mencionado. O trabalho de enfermagem parcelado em tarefas acirrou os conflitos no interior da enfermagem e contribuiu para a burocratização e a hierarquização nas relações de trabalho. Neste novo modelo tecnológico de saúde coube ao enfermeiro organizar racionalmente as atividades parcelares deste trabalho coletivo complexo, assumir a coordenação, supervisão e o controle em todas as áreas de atendimento, intermediando as relações entre os vários agentes, bem como entre os vários setores.

Ao enfermeiro também cabia a seleção dos pacientes, segundo os critérios de risco estabelecidos pelos programas, além de responder pelas ações de enfermagem. Em 1976 foi criado cargo de chefia para o enfermeiro e segundo VILLA et al. (1997, p.59),

A especificidade do trabalho da enfermeira de dominar tecnicamente todas as ações de enfermagem, sem atuar diretamente na execução, mas participar da coordenação, supervisão e controle da produção, é que não foi aceita por todos os agentes. Talvez, por tratar-se de uma lógica de trabalho que não está centrada no atendimento clínico individual, podendo ser mesurada e responder imediatamente ao sofrimento humano, mas está voltada para a articulação, integração e controle de todas as atividades, resgatando a finalidade do trabalho coletivo em saúde.

C- Da gestão à atenção à Saúde da Família

A partir de 1983, o modelo tecnológico em saúde, baseado na Programação Em saúde, já vai sendo gradativamente substituído em decorrência dos novos direcionamentos apresentados para a saúde pública. Espera-se que o enfermeiro repense o processo de trabalho em saúde e na enfermagem, tomando como referência as novas diretrizes do trabalho em saúde que envolviam, dentre vários aspectos, a organização das práticas de saúde de modo a atender às necessidades de saúde da população, enfatizando a essência da finalidade do trabalho em saúde, sem fazer de sua condição um exercício de poder que gerou inúmeros confrontos com outros agentes, insatisfações e falta de perspectiva no trabalho.

A Enfermagem de saúde pública acompanhou as tecnologias de serviços de saúde pública, acompanhou as terminologias de modelos de saúde que forma se constituindo historicamente, bem como as fundamentações do conjunto de disciplinas e saberes que compõem a saúde coletiva enquanto marco referencial. Foi assim com a tradicional Saúde Pública, a Medicina Preventiva, medicina Integral, Medicina Comunitária, pressupostos de Leavell e Clarck, da Atenção Primária à Saúde e em especial, no Brasil da 8ª Conferência Nacional de Saúde e dos princípios do Sistema Único de Saúde (ALMEIDA e ROCHA, 1997, p. 62).

A política econômica implementada no país nas últimas décadas tem imposto dificuldades importantes para a implementação de políticas públicas em geral e para a política de saúde em particular.

Na tentativa de alterar a situação, ampliando a cobertura de ações de saúde, e enfrentar a crise do modelo assistencial concentrador, em 1991 o Ministério da Saúde tem a primeira iniciativa para implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde que, posteriormente, em 1994, foi constituído em Programa Saúde da Família.

Dessa maneira, o principal objetivo do Ministério da Saúde foi reorganizar a prática de atenção à Saúde em novas bases, com intuito de substituir o modelo tradicional. A prestação da assistência será qualificada e deverá estar baseada nos princípios do Sistema

Único de Saúde, ou seja, uma assistência universal, integral, equânime, contínua e, sobretudo, com alta resolutividade, levando em conta a realidade local, por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência, com a manutenção de um sistema de referência e contra-referência a partir de uma interação eficiente entre os vários níveis de atenção, por meio de um fluxo contínuo setorial.

O PSF difere da concepção tradicional dos demais programas do Ministério da Saúde, pois não se propõe a intervir de forma pontual, vertical ou paralela às atividades de rotina do serviço de saúde, uma vez que objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, para intervir de maneira articulada e contínua e com a criação de compromisso e responsabilidade entre os serviços de Saúde e a população.

A humanização das práticas de saúde e a satisfação dos clientes por meio do estabelecimento do vínculo dos profissionais com a comunidade deve ser uma busca contínua na direção do reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e a participação popular na saúde.

O Programa Saúde da Família foi direcionado inicialmente aos trinta e dois milhões de excluídos, segundo o mapa da fome do IPEA [Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas] devido a limitações financeiras. A partir de 1995, a Secretaria de Assistência à Saúde incorporou o PSF, que passou a ter prioridade não só para o Ministério da Saúde, mas também para os níveis estaduais e municipais de gestão do Sistema. Neste processo, o PSF gerou ordenação do Departamento de Atenção Básica, sendo atualmente vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde.

A partir da NOB-SUS/96 [Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996] houve a implantação do Piso de Atenção Básica [PAB]. O Piso de Atenção Básica gerou a modalidade *per capita*, ou seja, a transferência regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, dos recursos Federais, para os municípios habilitados como gestores da atenção básica. Hoje, aproximadamente 98% dos municípios estão habilitados. Isto gera maior autonomia para executar ações e atividades da atenção primária de responsabilidade municipal.

Com estes incentivos financeiros houve um aumento do número de agentes comunitários de saúde e equipes do PSF. No início de 1998, o incentivo era de 1800 reais/agente comunitário/ano e o das equipes variavam de 14 a 28 mil reais/equipe/ano. Em 1999, esse incentivo aumentou para 2200 reais/ agente comunitário/ano e as equipes passaram a ter incentivo fixo de 28 mil reais/ equipe/ano.

No final de 1999 o repasse passou a ser classificado de acordo com a cobertura populacional, classificadas em nove classes de valor que varia de 28 mil reais/equipe/ano a 58 mil reais/equipe/ano.

Em outubro de 2000, sete anos após a implementação do PSF no país, o MS registra em seu cadastro a existência de 10.420 equipes de saúde da família, assistindo uma população de 36 milhões de brasileiros em 3.088 municípios; com meta de expansão de 20.000 equipes, com cobertura de 79 milhões de habitantes em 2002.

Segundo o Ministério da Saúde BRASIL (2003), uma equipe deve ser responsável por, no máximo 4.500 pessoas [ACS]. Outros profissionais poderão ser incorporados de acordo com a necessidade e possibilidade local e cada equipe mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, com as seguintes atribuições:

Médico

- Deverá realizar consultas clínicas aos usuários [nas Unidades de Saúde ou no domicílio];
- Atender todos os integrantes da família em todas as fases do ciclo da vida [criança, adolescente, mulher, adulto e idoso];
- Atender urgências e emergências;
- Realizar encaminhamentos aos serviços mais complexos, garantindo a continuidade do tratamento por meio de referência e contra-referência;

- Desenvolver ações básicas de prevenção e promoção à saúde.

Enfermeiro

- Deverá gerenciar o processo de trabalho na UBS;
- Realizar supervisão técnica dos auxiliares de enfermagem;
- Planejar as ações diárias;
- Elaborar rotinas;
- Desenvolver treinamento em serviço para capacitação dos ACS;
- Realizar consultas de Enfermagem;
- Favorecer a integração dos membros da equipe;
- Prestar assistência básica na UBS ou domicílio;
- Promover ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Implementar programas de atenção à saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, priorizando ações que promovam a saúde e previnam doenças;
- Conscientizar quanto à preservação do meio ambiente;
- Realizar reuniões de grupos;
- Registrar as atividades desenvolvidas;
- Encaminhar estatística mensal das atividades para a Coordenação Central por meio do assistente técnico do PSF;
- Coordenar a consolidação dos dados, selecionando os elementos de diagnóstico.

- Na comunidade, o Enfermeiro deverá:
 - Discutir com a comunidade a filosofia e o funcionamento do PSF;
 - Acompanhar o trabalho dos ACS;
 - Realizar visitas domiciliares;
 - Promover educação em saúde;
 - Desenvolver atividades de promoção e prevenção em saúde como: campanhas de vacinação, prevenção de helmintos, dengue, incentivo do aleitamento materno e prevenção de DSTs/AIDS;
 - Identificar e valorizar as formas de trabalho das lideranças, serviços e órgãos existentes na comunidade;
 - Estimular a organização e participação da população.

Auxiliar de Enfermagem

- Deverão desenvolver com os agentes comunitários de saúde atividades de identificação das famílias de risco;
- Realizar visitas domiciliares quando solicitados, conjuntamente com os ACS;
- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos em situações de risco;
- Realizar procedimentos de enfermagem de sua competência, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, adulto e idoso;
- Participar em ações de controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas;

- Participar na organização do processo de trabalho da unidade de saúde;
- Fazer orientação sanitária.

Agente Comunitário de Saúde [ACS]

Os ACS vivem e intervêm no processo saúde–doença, pois convivem no mesmo contexto da comunidade. Assim se constituem como elemento central para desenvolver movimentos sociais e por melhores condições de vida (PIRES e SOUZA, 2000). Segundo o MS, devem:

- Servir como elo entre o serviço de Saúde e a Comunidade;
- Realizar o cadastramento/diagnóstico;
- Realizar mapeamento da área;
- Identificar microáreas de risco;
- Realizar visitas domiciliares;
- Estimular a participação da população para melhoria das condições de saúde e vida, a partir de reuniões e encontros com diferentes grupos como gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, pessoas portadoras da mesma doença;
- Ação intersetorial.

Equipe de Saúde da Família

- Deve conhecer a realidade das famílias, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os principais problemas de saúde e fatores de risco;
- Elaborar plano efetivo para intervir no processo saúde-doença;

- Prestar assistência integral, contínua e sistemática racionalizada à demanda [organizada ou espontânea], na Unidade Básica da Família, na Comunidade, no domicílio e no acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais.

A avaliação dos resultados obtidos com a implementação do PSF tem sido positiva. Pode-se observar melhora nas taxas de mortalidade infantil, elevação dos índices de aleitamento materno, na cobertura de pré-natal, no acompanhamento de hipertensos e diabéticos, entre outros, além de representar uma abertura importante no mercado de trabalho, já está saturado nos grandes centros urbanos.

Desde 1998, vem sendo considerado e nomeado como estratégia para a implementação do SUS, especialmente para a atenção primária, com caráter estruturante, constituindo-se em um grande desafio, que por meio de muita persistência técnica e até ousadia de alguns secretários municipais, possibilitou demonstrar que o PSF/ESF representa um potencial para reorganizar a atenção básica, bem como para a reestruturação dos demais níveis de complexidade do sistema.

D- Campinas e a enfermagem na atenção primária

A implantação da rede de Atenção Primária à Saúde em Campinas ilustra toda a discussão a respeito do papel e dos posicionamentos da enfermagem e do enfermeiro em Saúde Pública/Coletiva. A contratação da primeira enfermeira em Campinas ocorreu em 1977, com 18 postos comunitários instalados. Em 1978 foi firmado convênio entre as secretarias de saúde estadual e municipal e, em 1983, com a assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde [AIS], o município contava com 31 postos comunitários, nos quais trabalhavam médicos e auxiliares e, 16 enfermeiras, para o município, com a responsabilidade de supervisão em enfermagem. Com o SUDS (1987), Campinas já contava com 36 Unidades Básicas de Saúde [UBS] e investia em infra-estrutura e capacitação do pessoal de enfermagem, por meio do projeto Larga Escala.

Os serviços públicos em Campinas atingiram, neste período, a marca de 45 Centros de Saúde, 13 Centros de Referência, três Ambulatórios de Especialidades, três Unidades de Pronto Atendimento e um serviço de atendimento Pré-Hospitalar. Na Enfermagem eram 105 a atendentes, 955 auxiliares de enfermagem e 266 enfermeiros. Além do crescimento e qualificação expressiva do pessoal de enfermagem, verificou-se a incorporação de tecnologias assistenciais e técnico-gerenciais somadas ao estímulo à formação dos Conselhos Locais de Saúde, à capacitação de pessoal em cursos de pós-graduação, principalmente oferecidos pela UNICAMP, informatização da rede básica, implantação de vários programas, como o de visita domiciliária. Para NASCIMENTO (2002), a posição das enfermeiras foi extremamente importante para a instalação da rede básica de saúde de Campinas, bem como para a reordenação das práticas de enfermagem e para a implantação do modelo de saúde proposto para as décadas de 70 e 80, se constituindo como sujeitos da produção de novos saberes e práticas na rede básica de saúde.

Campinas participou intensamente de todo processo de implantação do SUS, desde as AIS até o momento atual de implantação do PSF.

De acordo com MELLIM (1998), em 1982, a própria Secretaria inicia um projeto de integração de seus serviços com os dois Hospitais Universitários (UNICAMP e PUCCAMP) e com os serviços estaduais, preocupada com a racionalização da assistência e com a implementação de uma rede hierarquizada de atenção. Este projeto, Pró Assistência I, investia no estímulo à integração mínima entre serviços dos vários níveis governamentais, uma vez que a rede não funcionava como porta de entrada do sistema, por atender apenas a vinte por cento da população, e que ela necessitava mudanças para tornar-se mais efetiva.

Paralelamente, ocorre, nacionalmente, o projeto Ações Integradas de Saúde, com adesão imediata do “Pró Assistência”. Campinas foi o primeiro município a assinar o convênio AIS, em 1982, com o nome Programa Pró-Assistência. Com o convênio firmado em 1984, com o nome de AIS, em 1987 a prefeitura municipal assina o convênio SUDS [Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde], dando início à municipalização.

Foram criadas as Diretorias Regionais de Saúde com equipes multidisciplinares, reforçando os planos locais e instâncias colegiadas de gestão, tais como o Colegiado de Governo, Coordenadores e Assembléia dos Trabalhadores da Saúde, cujas reflexões eram levadas ao Conselho Municipal de Saúde, bem como o estímulo à formação dos Conselhos Locais de Saúde (MELLIM, 1998).

A rede de CS, então expandida e com mais recursos humanos, deveria funcionar como porta de entrada do sistema, com capacidade de realizar ações de demanda espontânea, em atendimento ao modelo de atenção integral à saúde, fundando sua atuação na:

- definição de área de abrangência;
- na equipe dividida nas grandes áreas (Pediatria, Clínica Médica, GO e saúde Mental);
- participação de usuários no planejamento e gestão;
- ação centrada predominantemente na Unidade Básica.

Vale lembrar que nesse momento as incipientes experiências de Medicina Comunitária não são reconhecidas como tecnologia pertencente ao modelo.

Cabe destacar um grande movimento para qualificação da rede que envolveu desde o reforço ao papel de Coordenador dos Serviços, até medidas de gerenciamento dos serviços, como Planejamento anual e a criação das planilhas de avaliação de desempenho das Unidades Básicas de Saúde, além da contratação de um grande contingente de profissionais, via concursos públicos.

Destaca-se como medida bastante progressista, tomada na ocasião, o processo de seleção dos coordenadores, por meio de prova de títulos e que foi deixado de lado nas gestões posteriores, para as quais esses cargos assumiram o caráter de confiança (MELLIM, 1998, p. 33).

E- PAIDÉIA e as estratégias de saúde da família para a implementação do SUS na atenção básica de Campinas

A partir de 1995 intensificam-se gestões no sentido da implementação do modelo de Saúde da Família, cujos pressupostos eram sistematicamente rejeitados pelo Conselho Municipal de Saúde. A partir de 2001, amadurecem as discussões junto aos gestores do sistema na cidade junto ao Conselho Municipal de saúde, para o desenvolvimento de uma política de enfrentamento às insuficiências da atenção à saúde na rede básica. Inicialmente e em caráter experimental, implanta-se o PAIDÉIA (CAMPINAS, 2001), nome dado à estratégia da adaptação das diretrizes da Saúde da Família para os municípios de grande porte com rede instalada.

Atualmente, existem 46 Centros de Saúde que oferecem atenção ao adulto, à criança, à mulher, saúde mental e saúde bucal. Existe também apoio diagnóstico [imagens, laboratórios], bem como a distribuição de medicamentos (CAMPINAS, 2002).

O termo PAIDÉIA tem origem na Grécia e significa desenvolvimento integral do ser humano. Os gregos idealizavam cidades democráticas, utilizavam a assembléia do povo, assim as pessoas podiam participar do planejamento e conselhos, visando também à formação integral dos cidadãos, a partir da educação para a vida (CAMPINAS, 2002).

Este desenvolvimento integral do ser humano, considera tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. A proposta, aqui organizou-se a partir de dois modelos básicos de equipe local de referência:

- a) a equipe clássica: é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde em turno completo com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas, e apoiadas por uma equipe de saúde bucal [dentista e ACD] pelo menos duas equipes; a equipe de saúde mental apoiaria pelo menos cinco equipes locais;
- b) a equipe ampliada: constituída por um médico generalista e um enfermeiro [em turno completo], um pediatra e um ginecologista-obstetra [ambos em meio período], dentista e ACD, auxiliares de enfermagem e oito agentes de

saúde, com cobertura de 1400 famílias ou sete mil pessoas. Para cada conjunto de três ou quatro destas equipes ampliadas deve ter o apoio matricial de Saúde Mental, Saúde Coletiva, Reabilitação, dentre outros.

Foram oferecidos programas de capacitação para médicos já contratados, que recebiam estímulo para o trabalho de generalista.

Pelo exposto, é possível perceber que o Saúde da Família se constitui em importante estratégia para a organização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS (SOUZA e SAMPAIO, 2002). No Paidéia, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas elaborou “O PROTOCOLO DE AÇÃO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROJETO PAIDÉIA” com apoio técnico do CETS [Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde] e vários distritos e centros de saúde, com o objetivo de propor a sistematização da assistência de enfermagem a partir dos conceitos de campo, núcleo, clínica ampliada, vigilância à saúde, interdisciplinaridade, intersetorialidade, equipe de referência, responsabilização e vínculo com surgimento de novas categorias, necessárias à implementação da abordagem do objeto da atenção primária. (CAMPINAS, 2002).

Neste documento é adotado o conceito de **núcleo**, desenvolvido por CAMPOS (2000), como sendo a aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área do saber e da prática profissional. Já o **campo** é um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras, apoio para suas tarefas (CAMPOS, 2000). Sendo assim, este documento define como **Núcleo do Enfermeiro**:

- 1) *Gerenciar, supervisionar, organizar os serviços de enfermagem;*
- 2) *Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem;*
- 3) *Proporcionar educação continuada e em serviço à equipe de Enfermagem nas tarefas relativas à assistência de Enfermagem;*

- 4) *Realizar a SAE valorizando a consulta de enfermagem ao longo do ciclo vital;*
- 5) *Realizar os Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas (CAMPINAS, 2002, p. 5).*

E como **Campo do Enfermeiro:**

- 1) *Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos;*
- 2) *Participar das atividades em vigilância à saúde;*
- 3) *Participar do núcleo de saúde coletiva;*
- 4) *Integrar a equipe de acolhimento recebendo, executando, resolvendo e realizando o encaminhamento necessário;*
- 5) *Apoiar a equipe de saúde;*
- 6) *Participar da discussão e elaboração de projetos terapêuticos;*
- 7) *Participar do processo de cadastramento e adscrição da clientela;*
- 8) *Executar procedimentos básicos de enfermagem;*
- 9) *Participar de atendimentos programáticos prestando assistência integral à saúde individual e coletiva ao longo do ciclo vital;*
- 10) *Participar e estimular o controle social;*

11) Promover a intersetorialidade;

12) Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utilizá-los como subsídios nas intervenções em saúde;

13) Prescrever medicamentos e solicitar exames laboratoriais previstos em protocolos de saúde pública (CAMPINAS, 2002, p. 6).

Como Atribuições do Enfermeiro no PSF-Paidéia, temos:

1) Atuar junto à equipe de referência:

Participando da organização do processo de trabalho;

Realizando o acolhimento;

Participando da discussão e elaboração de projetos terapêuticos, individuais e coletivos;

Desenvolvendo a SAE ao longo do ciclo vital;

Participando da adequação do projeto dentro da realidade do território.

2) Participar e promover ações de educação continuada:

Buscando promover espaços coletivos de troca para trabalhar campo/núcleo, vínculo, responsabilização e ampliação de clínica;

Promovendo e buscando a realização de treinamento em serviço.

3) Realizar atividades de educação em saúde:

Realizando e/ou participando de grupos educativos;

Realizando orientações individuais e coletivas.

4) Atuar no núcleo de saúde coletiva:

Participando, desenvolvendo e executando atividades de vigilância à saúde [epidemiológica, ambiental e sanitária];

Apropriando-se e reconhecendo o território [áreas de risco, lideranças, equipamentos].

5) Realizar consulta de enfermagem.

As definições de núcleo e campo para o auxiliar de enfermagem também foram formuladas e ficaram assim estabelecidas:

Núcleo do Auxiliar de Enfermagem:

1) Realizar procedimentos básicos de enfermagem, verificação de sinais vitais, punção venosa periférica, curativo, administração de medicamento via oral, nasal, tópica, retal e parenteral, de inalação, oxigenoterapia, coleta de exames);

2) Executar e orientar ações de higiene e conforto;

3) Executar e orientar ações do projeto terapêutico;

4) Efetuar controle da rede de frio;

5) Efetuar controle de pacientes e comunicantes em doenças transmissíveis;

6) Realizar esterilização e desinfecção (CAMPINAS, 2002, p. 7).

Como Campo do Auxiliar de Enfermagem:

Participar de ações de educação em saúde;

Participar do acolhimento;

Realizar visitas domiciliares e convocação;

Participar do processo de cadastro e adscrição da clientela;

Realizar funções de apoio à equipe de saúde (recepção e procedimentos);

Participar de discussão e elaboração de projetos terapêuticos;

Atuar no Núcleo de Saúde Coletiva em ações de vigilância à saúde (CAMPINAS, 2002, p. 7).

Como atribuições do Auxiliar de Enfermagem temos:

1. Prestar assistência de enfermagem individual e coletiva aos usuários do serviço;
2. Promover vínculo com o paciente de forma a estimular a autonomia e o autocuidado;
3. Participar do acolhimento e efetuar atendimento de enfermagem individual/ou coletivo;
4. Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de imunobiológicos;
5. Prestar cuidados de higiene e conforto na unidade e/ou no domicílio.

Esta aproximação que experimento da e com a enfermagem como trabalho e como profissão, possibilitou-me compreender a complexidade da política de saúde e o quanto as práticas em saúde se desenvolvem de forma estreita com as transformações sociais e políticas de cada momento histórico. Como forma de preparar as fases de apresentação, análise e discussão dos dados empíricos, descreverei a seguir os passos da investigação.

***4- UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM
EM AÇÃO***

A- O trajeto

Em minha viagem, esta foi uma das estações em que tive que me deter um pouco mais, para decidir se continuaria a empreendê-la, sobre trilhos bem determinados, pois qualquer descarrilamento poderia me deixar muito tempo olhando para o mesmo cenário interno, ou neste momento, já muito mais confortável em meu itinerário, escolheria fazer algo alternativo.

Apesar de não ter muita pressa de chegar, pois estou fazendo uma viagem apreciável, é preciso chegar, mas não sem antes aproveitar as paisagens que estão do lado de fora, por onde não há mais trilhos, apesar de existirem vários caminhos. Então desci do trem e resolvi pegar um barco. Um barco pequeno, aconchegante e charmoso, muito parecido com aquele que veio da Tailândia, como presente de uma pessoa que estimo muito. Este barco era um meio de transporte bem mais lento, mas, sem dúvida alguma, me proporcionou bons momentos nos quais vi que podia conhecer algumas reentrâncias do caminho. Então decidi que a minha viagem agora seria de uma qualidade outra, a de querer conhecer menos lugares, conhecer bem até mesmo um único lugar e aquietar meu coração de que terei muita coisa para contar. Assim chegamos ao Centro de Saúde.

A presente pesquisa de natureza qualitativa foi realizada a partir de um Estudo de Caso, com coleta primária de dados realizada pela própria pesquisadora, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas, pertencente ao Distrito Noroeste de Saúde.

Como já foi detalhadamente exposto anteriormente, o objeto das Ciências Sociais é histórico. Segundo MINAYO (1994), os grupos humanos, sociedades, grupos sociais ocupam um determinado espaço e um certo tempo e encontram-se em constante transformação, caracterizando, assim, o objeto das Ciências Sociais como portador de consciência histórica. *“O pensamento e a consciência são fruto da necessidade, eles não são um ato ou entidade, são um processo que tem como base o próprio processo histórico”* (MINAYO, 1994, p. 20).

Outro aspecto relevante é que nas Ciências Sociais o sujeito e o objeto da investigação possuem identidade e se constituem em ciência que é intrínseca e extrinsecamente ideológica, informando interesses e visões de mundo. De acordo com MINAYO (1994), o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, complexo, inacabado, com contradições e em constante transformação.

De acordo com TRIVIÑOS (1987), o conceito de pesquisa qualitativa é muito abrangente e a dimensão teórica da pesquisa qualitativa é dada pelo pesquisador. Desta forma existem alguns aspectos intrínsecos à pesquisa qualitativa, considerados pelo autor, que passarei a descrever, destacando-os em uma perspectiva dialética, uma vez que foi este o referencial teórico definido e descrito anteriormente.

a) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave.

Para a dialética, o ambiente é definido como uma realidade ampla e complexa, dotada de duas instâncias por assim dizer: a infra-estrutura e a superestrutura em constante relação, imprimindo influência mútua e transformação contínua uma sobre a outra. Mesmo considerando as concessões de privilégios dos aspectos econômicos, não se desconsidera o significado que a cultura, as religiões, a política, a ciência têm para o homem, e a aparência e a essência destes elementos devem ser avaliados na prática social.

b) A pesquisa qualitativa é descritiva.

Na pesquisa sócio-histórica, a dialética utiliza a descrição como possibilidade de captar a aparência e a essência do fenômeno, buscando elucidar as suas causas e explicar a sua origem, implementando um esforço para apontar as suas conseqüências para a vida humana.

c) Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto.

Esta característica é importante para marcar a individualização como atividade científica da pesquisa qualitativa. Na investigação histórico-estrutural, o fenômeno é

apreciado não somente em relação ao seu momento atual, mas se penetra em sua estrutura íntima para descobrir as forças decisivas e explicar o seu desenrolar evolutivo.

d) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente.

Na pesquisa qualitativa, com base no materialismo dialético, o fenômeno tem sua própria realidade fora da consciência, portanto tem base material, é real, concreto e, como tal é estudado e explicado, a partir de um processo dialético indutivo-dedutivo, e compreendido em sua totalidade, inclusive, intuitivamente.

e) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

Na pesquisa histórico-estrutural, a dialética tenta ir mais além da compreensão dos significados que os fenômenos têm para o sujeito. Esta abordagem tenta buscar as raízes destes fenômenos, as suas causas, as suas relações com o sujeito entendido como ser social, como forma de conhecer a vida humana e seus diferentes significados.

Por último, TRIVIÑOS (1987) nos adverte de que a pesquisa qualitativa não segue uma seqüência por etapas, como ocorre na pesquisa quantitativa, porém o mais importante é que,

[...] o pesquisador, orientado pelo enfoque qualitativo, tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo. Os limites de sua iniciativa particular estarão exclusivamente fixados pelas condições da exigência de um trabalho científico. Este, repetimos, deve ter uma estrutura coerente, consistente, originalidade e nível de objetivação capazes de merecer a aprovação dos cientistas num processo de apreciação (TRIVIÑOS, 1987, p. 133).

Dentre os vários tipos de pesquisa qualitativa, optei pelo Estudo de Caso, realizado em uma unidade básica de saúde pertencente ao Distrito de Saúde Noroeste do município de Campinas.

Para TRIVIÑOS (1987), o Estudo de Caso é um tipo de pesquisa qualitativa considerada de maior relevância, por ser uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente. O autor considera que a complexidade do Estudo de Caso está determinada pelos suportes teóricos que servem para orientar o investigador e que colocará exigências no processo de objetivação, originalidade, coerência e consistência de idéias.

O Estudo de Caso realizado foi do tipo Histórico-Organizacional. Este tipo de estudo caracteriza-se pelo interesse do investigador pela vida de uma determinada instituição. Para TRIVIÑOS (1987), o pesquisador deve partir do conhecimento que se tem sobre a organização, ou seja, todo e qualquer tipo de informação para orientar a coleta de dados.

O momento da coleta de dados em pesquisa qualitativa é de fundamental importância, haja vista a necessidade de se realizar em análises mais profundas do processo unitário e integral que se apresenta. Um dos instrumentos definidos para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada [Anexo 2], composta por um roteiro cujo objetivo foi de orientar a seqüência da entrevista.

Segundo MINAYO (1994), são componentes do trabalho de campo duas categorias fundamentais:

- a) A Entrevista, na qual o pesquisador recolhe falas dos atores sociais, tendo como referencial teórico para análise dos dados colhidos, as Representações Sociais. É a técnica mais utilizada em trabalho de campo e pode obter dados objetivos e subjetivos. A utilização da entrevista possibilita que a fala individual, a palavra como símbolo, revele códigos de sistemas e valores contraditórios. Transmite as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.
- b) A Observação Participante, na qual as relações do pesquisador no campo se dão informalmente, permitindo que haja uma interação social entre pesquisador e pesquisado.

Toda entrevista com interação social está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na sociedade e, portanto, deve sempre vir acompanhada da observação participante.

Para TRIVIÑOS (1987), a entrevista semi-estruturada é adequada para a coleta de dados em pesquisa qualitativa, pois valoriza a presença do pesquisador em campo, oferece possibilidades para o informante obter liberdade e espontaneidade para se expressar, o que enriquece sobremaneira a investigação.

O momento da entrevista deve ser antecedido da apresentação dos objetivos da pesquisa e de esclarecimentos quanto ao tratamento dos dados e da identidade do informante. Todas as falas que expressem confiança no trabalho em curso devem ser realizadas, para que exista a tranquilidade necessária. O horário e local devem ser previamente marcados, bem como a duração da entrevista, que não deve ultrapassar trinta minutos, sob pena de tornar-se repetitiva e empobrecida (TRIVIÑOS, 1987).

Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho, em sala cedida pela enfermagem, previamente agendadas em horários de maior tranquilidade do funcionário e do serviço, segundo informações fornecidas por eles próprios. Durante o momento da entrevista, os trabalhadores davam a “cobertura” para que o colega participasse da investigação, demonstrando muita cooperação no processo de coleta de dados.

Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para dar início ao processo de análise dos dados, que será descrita em capítulo posterior.

Quanto à escolha das perguntas, estas foram formuladas a partir dos objetivos estabelecidos pela presente pesquisa e basicamente avaliativas. De acordo com TRIVIÑOS (1987), as questões do tipo avaliativas se propõem a estabelecer juízos de valor sobre os fenômenos sociais. As perguntas formuladas visaram a avaliação dos sujeitos quanto às finalidades do seu trabalho, à relação do seu trabalho com os outros trabalhos realizados no serviço por outros profissionais, à história de cada um com relação à sua aproximação com a enfermagem e com a saúde pública, os limites e as possibilidades presentes no trabalho.

A presente pesquisa contou também com a inserção, em seis momentos, no campo, que antecederam da realização das entrevistas com a equipe de enfermagem do serviço.

Considero que estas inserções foram de fundamental importância para que eu estabelecesse um contato mais próximo com a equipe. Durante estas inserções, que ocorreram em períodos distintos, pude proceder à observação participante, orientada por um roteiro pré-estabelecido [Anexo 1], como forma de apenas orientar os principais aspectos a serem observados em relação à equipe que atua no serviço, à dinâmica de trabalho, às atividades de rotina, às ações não previstas, às situações e diálogos. A observação participante teve como objetivo favorecer minha aproximação e inserção no campo a ser investigado, como forma de ser melhor aceita pelo grupo investigado. MINAYO (1994) nos aponta que a observação participante é considerada parte essencial do trabalho de campo, sendo tratada por alguns autores como estratégica e, por outros, como método. A autora ainda segue nos dizendo que as questões principais em relação à observação participante são: o que observar e como observar.

Os registros foram sendo realizados em um diário de campo, que será apresentado no momento da análise dos dados. Segundo TRIVIÑOS (1987), as anotações de campo devem considerar o todo observado, diálogos, comportamentos, manifestações não verbais, atitudes, bem como as reflexões do pesquisador. Estas anotações podem ser descritivas e reflexivas. Para efeitos do presente estudo, optei por fazer anotações em diário de campo de forma descritiva.

Para MINAYO (1994), a categoria básica que fundamenta o trabalho de campo na pesquisa qualitativa é a das representações sociais, entendida como sendo:

Um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na justificando-a ou questionando-a (MINAYO, 1994, p.158).

A teoria marxista sobre as representações sociais, "*coloca como princípio básico do pensamento e da consciência determinado modo de vida dos indivíduos, condicionado pelo modo de produção de sua vida material*" (MINAYO, 1994, p. 166).

Para o marxismo, a manifestação da consciência se dá através da linguagem e esta nasce da necessidade de intercâmbio entre os homens, como forma de expressão da consciência real.

De acordo com MINAYO (1994), a pesquisa qualitativa implica em interação e envolvimento do entrevistado e do entrevistador, podendo haver um comprometimento dos dados coletados. As conseqüências desse risco podem ser superadas pela busca do aprofundamento necessário de uma relação intersubjetiva. Nesta relação assume-se o afetivo, o existencial, o contexto do cotidiano, as experiências e a linguagem do senso comum. Para TRIVIÑOS (1987), uma das situações mais difíceis para um pesquisador, que pretende conhecer a vida das pessoas em um determinado contexto, é definir o seu papel. Os sujeitos da pesquisa freqüentemente apresentam valores de vida, opiniões, comportamentos, inimizades, interesses, que não necessariamente são semelhantes ao do pesquisador, condição que implica em o pesquisador distanciar-se de qualquer tipo de rivalidade que possa existir entre os sujeitos.

O presente estudo também contou com a realização de entrevista coletiva, inspirada na metodologia do grupo focal [Anexo 3], ocorrida em apenas um encontro e com sete dos onze auxiliares de enfermagem, como forma de complementar a observação e as entrevistas. Segundo MINAYO (1994), os grupos focais devem acontecer com grupos pequenos, com objetivo de discutir um determinado tema, coordenado por uma pessoa que intervém quando necessário, para manter a focalização no tema e propiciar o aprofundamento do mesmo.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de característica psicossociológicas e culturais. Esta técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressam percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não constrangedor (WESTPHAL, 1996, p. 473).

A análise é qualitativa e a técnica utilizada pela maior possibilidade que oferece para se pensar coletivamente uma temática e permitir que os componentes do grupo interajam e expressem suas opiniões. Estes participantes devem guardar entre si uma certa horizontalidade e um traço comum, como no presente estudo, no qual todos os participantes eram auxiliares de enfermagem. O tema escolhido para o trabalho, na entrevista coletiva, foi TRABALHO EM EQUIPE, uma vez que foi repetidamente colocado pelos informantes no momento das entrevistas individuais. Por considerar que o trabalho em equipe é de fundamental importância para a consolidação da estratégia da saúde da família e para o trabalho da enfermagem na atenção primária, entendi ser este o tema deveria ser levado como proposta ao grupo, para ser problematizado.

A idéia da realização da entrevista coletiva se deveu à intenção de uma aproximação entre teoria e prática, pretendida por algumas metodologias intituladas como alternativas, em Ciências Sociais, conhecidas como pesquisa participante ou pesquisa-ação, além de utilizá-la como instrumento de validação do conteúdo oferecido pelas entrevistas individuais. DEMO (1995) não faz distinção entre pesquisa participante e pesquisa-ação, por considerar que ambas possuem compromisso com a prática, com a intencionalidade de aliar conhecimento e mudança.

Já THIOLENT (2004) aponta que não há unanimidade nesta questão e afirma que *"[...] toda pesquisa-ação é do tipo participativo: a participação das pessoas implicadas nos problemas investigados é absolutamente necessária. No entanto, tudo que é chamado de pesquisa participante não é pesquisa-ação"*.

A pesquisa-ação implica em que os pesquisadores desenvolvam uma ação para solucionar problemas identificados, além de sua participação no acompanhamento da implementação das soluções propostas e avaliação dos impactos, em determinado contexto social (THIOLENT, 2004).

Segundo DEMO (1995), a pesquisa participante contém três momentos essenciais. O primeiro é o autodiagnóstico que concretiza a possibilidade da reflexão sobre os problemas existentes na vida prática. Este autoconhecimento leva ao segundo momento que é o da elaboração de estratégia de enfrentamento prático dos problemas, que aponta para o terceiro momento, o da necessidade de organização política para garantir competência para o enfrentamento dos problemas.

"A pesquisa participante exige na mesma pessoa o pesquisador formalmente competente e o cidadão politicamente qualitativo. Esta é a garantia mais efetiva da união entre teoria e prática" (DEMO, 1995, p. 239).

Os conteúdos das entrevistas individuais e coletivas foram gravados e posteriormente transcritos por mim mesma. Para proceder à análise do material empírico utilizei a hermenêutica–dialética entendida como o caminho do pensamento e do encontro entre as Ciências Sociais e a Filosofia. A hermenêutica não prevê e nem propõe uma técnica de tratamento de dados, apenas a sua autocompreensão, como forma de explicação e interpretação de um pensamento, buscando o sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos (MINAYO, 1994). Nesta perspectiva, a linguagem constitui o núcleo central da comunicação e a compreensão desta linguagem é finita e ocupa um lugar no tempo e no espaço (MINAYO, 1994).

A hermenêutica traz para o primeiro plano as condições cotidianas da vida e promove esclarecimentos quanto às estruturas profundas deste mundo no dia-a-dia, mantendo a intersubjetividade como orientadora da ação.

"A hermenêutica, introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado, para buscar o sentido que vem do passado ou uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento, o ser que compreende e aquilo que é compreendido" (MINAYO, 1994, p. 221).

Para DEMO (1995) a hermenêutica coloca-se na posição de compreender os sentidos e os significados que têm, para o homem, os fatos da vida social cotidiana humana.

De acordo com MINAYO (1994) a Hermenêutica–dialética propõe uma interpretação aproximada da realidade, a partir do posicionamento da fala em seu contexto, para entendê-la desde seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

"A interpretação exige a elaboração de categorias capazes de desvendar as relações essenciais, mas também de categorias empíricas e operacionais capazes de captar as contradições do nível empírico em questão" (MINAYO, 1994, p. 233).

Para se obter êxito na interpretação dos textos escritos é preciso que eles recebam uma análise cuidadosa das frases, palavras, adjetivos, sentido geral do texto e encadeamento das idéias, a partir de leituras repetidas e exaustivas para a apreensão do conteúdo.

Bem, tenho a certeza de que a minha viagem não acabou, embora tenha a sensação de já ter chegado; e fico imaginando, nestes momentos finais que antecedem a minha chegada, que já posso contar o que vi, ouvi e vivi nesta viagem e, que ter percorrido este caminho já me possibilita tantas outras partidas.

B- O cenário da pesquisa

O Bairro Itajaí é, desde sua origem, um conjunto habitacional, construído no final da década de 1980. No início de sua construção foi utilizado como alojamento para desabrigados de enchentes e, somente após alguns anos, as famílias efetuaram a compra de suas casas, se instalaram e configuraram a expansão da área que conforma o bairro. Uma grande conquista dos moradores foi o acesso a infra-estrutura urbana, como: asfalto, água encanada, rede de esgoto, educação e serviços de saúde. Como principal atividade econômica do bairro, temos o comércio, que é considerado uma das maiores fontes de renda, movimentando a economia desta região.

A área de abrangência deste Centro de Saúde, pertencente ao Distrito Noroeste de Saúde, é composta pelo Parque Itajaí I, II, III, IV e Jardim Liliza e compreende aproximadamente uma população de oito mil habitantes. A área é composta por alguns equipamentos sociais, como: A Casa do Sopão do Centro Comunitário, onde é distribuída sopa aos moradores de rua e para a população carente; Casa dos Anjos, onde são oferecidos cursos profissionalizantes, reforço escolar e PETI [Programa de Erradicação do Trabalho Infantil]. No Centro Comunitário do Itajaí IV há a Escola Estadual Rodrigues que oferece vagas para o ensino fundamental e médio; a Escola Itajaí, que ensina da 1ª a 4ª série; a EMEI educação infantil e a CEMEI, que é uma creche.

As pessoas eram atendidas no Centro de Saúde Valença, há tempos colapsado. Decorrente de anos de reivindicação, tanto por parte de técnicos e gestores locais, quanto por parte dos grupos organizados da região, foi criado o Centro de Saúde, inaugurado em outubro de 2003, sendo que desde 2001, funcionava como módulo em uma casa no bairro, com instalações improvisadas.

No ano de 2003, as causas externas foram responsáveis por 33,3% das mortes ocorridas na área, as doenças respiratórias foram responsáveis por 28,6% dos óbitos, as doenças neoplásicas ocuparam o terceiro lugar com 23,8% dos óbitos e, as doenças circulatórias, ficaram em quarto lugar com 14,3%. A população é predominantemente formada por jovens adultos, pertencentes à faixa etária entre 20 e 49 anos.

Quanto aos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde à população, temos:

- a) **Consulta médica:** Na unidade temos médicos das áreas de pediatria, ginecologia, clínica geral e generalista. As distribuições de vagas para adultos e crianças são num total de seis consultas e dois acolhimentos para cada área e por período. As consultas são realizadas mediante agendamento ou encaixe, dependendo da situação clínica apresentada pelo usuário que chega ao Centro de Saúde.
- b) **Puericultura:** Na puericultura são agendadas duas vagas no período da manhã e duas à tarde. A puericultura é realizada pelos médicos generalistas e pediatras cujas vagas são preenchidas dependendo do horário de trabalho médico.
- c) **Consulta de enfermagem:** A Unidade Básica de Saúde [UBS] não presta esse serviço à população. Segundo as enfermeiras, este atendimento ainda não é possível pelo fato de haver somente duas enfermeiras, sendo uma delas recém-chegada à unidade e ainda está em fase de adequação ao serviço. Além disso, não há uma sala destinada para a realização das consultas de enfermagem. Algumas vezes elas utilizam a sala de acolhimento, ou mesmo espaço cedido para os estagiários de medicina da

Pontifícia Universidade Católica de Campinas [PUCC]. Porém, as enfermeiras realizam acolhimento quando são solicitadas, após a triagem dos usuários, feita na recepção. Ao término da avaliação, se a enfermeira perceber que é necessária a intervenção médica, é feito um agendamento ou, dependendo do caso, ela faz um encaixe e pede auxílio médico.

d) Consulta Odontológica: Os atendimentos de odontologia são realizados em um número de dezesseis por dia, sendo com distribuição de três vagas de urgência nos períodos da manhã e três no período da tarde. Os tratamentos de canais são encaminhados para o Centro de Saúde Florence, até a idade limite de 21 anos de idade.

e) Vacinas: O serviço de imunização da UBS Parque Itajaí funciona das 7:00 às 17:00 horas. A aplicação das vacinas é realizada por auxiliares e técnicos de enfermagem que usam o sistema de rodízio de escala diária.

A vacina contra tuberculose [BCG] é administrada somente às quartas feiras, às 9:30.

f) Exames radiológicos: São encaminhados com pedido médico [SADT] para a PUCC, sem agendamento.

g) Coagulograma: É colhido na PUCC, através de agendamento.

h) ECG: São solicitados pelos médicos, por SADT, e encaminhados para realização no Centro de Saúde Valença.

i) Análises clínicas: As coletas de exames são realizadas às Segundas e Quartas-feiras a partir das 07:00 horas. Para os casos urgentes, os exames são colhidos no local, ou na residência, sendo as amostras retiradas em seguida pelo mensageiro do laboratório.

j) Radiologia com contraste: As vagas são centradas no Distrito Noroeste [a vaga é solicitada pelo telefone].

- k) Agendamento para Citologia Oncótica:** As coletas de CO são realizadas todos os dias pelas enfermeiras e por uma auxiliar de enfermagem e, dependendo da queixa e sintomas apresentados pela usuária, será realizado o tratamento pela enfermeira, conforme o protocolo da Saúde da Mulher. Se algum resultado de CO estiver alterado, é realizado tratamento pelo médico ginecologista ou, dependendo da situação clínica, a usuária é encaminhada para a especialidade.
- l) Especialidades:** São encaminhadas para PUCC, Santa Casa e Policlínicas, que usam sistema de referência e contra-referência.
- m) Grupos de diabéticos e hipertensos:** Os atendimentos são realizados pelos médicos generalistas todas as quintas-feiras no horário da manhã, em um salão comunitário ao lado do Centro de Saúde.
- n) Acuidade Visual:** Realizada com agendamento pelas enfermeiras e caso detectem anormalidades no exame, estas encaminham os usuários para consulta médica com especialista em oftalmologia.
- o) Visitas domiciliares:** São realizadas por duas equipes: equipe Girassol, que atende o Itajaí I e II, da Rua 1 a 4 do Bairro Liliza. A outra equipe é a Orquídea, que está se estruturando e atende o Itajaí III e IV, da rua 5 a 8 do Bairro Liliza. Essas equipes são formadas por um médico generalista, um auxiliar de enfermagem, quatro agentes de saúde, um dentista, um assistente de dentista e uma enfermeira.

As visitas são realizadas às quartas-feiras, quando são solicitadas por familiares, ou mesmo pelo próprio usuário. As visitas às puérperas ocorrem após a chegada da Declaração de Nascidos Vivos na UBS e o tempo estimado é de quinze dias. Nessa visita são colhidos dados pelos agentes e feitas as orientações às puérperas. As visitas são feitas a todas as puérperas que fazem parte da área do Centro de Saúde, independente do convênio

médico. As reuniões das equipes são realizadas às terças-feiras, das 10:00 às 12:00.

p) Vigilância epidemiológica: Os casos suspeitos de doença e/ou agravo à saúde são notificados no SV2 e, em seguida, são pedidos exames laboratoriais. Sendo confirmada a suspeita, a notificação é registrada em impresso próprio e enviada ao Distrito. Em seguida são solicitadas as medicações específicas e inicia-se o tratamento do usuário na Unidade.

q) Atendimento de Urgência: Os casos urgentes são atendidos e avaliados pelo médico na sala de procedimentos. Caso haja necessidade de um atendimento terciário é solicitado o SAMU, pelo telefone e em seguida o usuário é encaminhado até a unidade cedida pelo médico regulador da central de vagas do SAMU.

r) Distribuição de medicamentos: A distribuição de medicamentos ocorre mediante a apresentação de duas vias da receita, que são carimbadas com a data de entrega da medicação. A receita original é entregue ao usuário e a cópia é retida na farmácia, para fins de comprovação e controle de saída de medicação. Além disso, existem livros para anotar a saída dos medicamentos. Os usuários com doenças crônicas, que fazem uso de medicamentos de uso contínuo, tais como: psicotrópicos, terapia de reposição hormonal, diabéticos, hipertensos e contraceptivos, são cadastrados para o recebimento regular do medicamento sem apresentação de nova receita. A receita é válida por seis meses. Se o usuário for de outro CS, o funcionário retém a cópia da receita e entrega a medicação.

Cada CS possui uma cota de medicações e materiais registrada no Boletim de Estoque e Consumo [BEC], instrumento que também é utilizado para a conferência da quantidade do estoque e a requisição do que está faltando. Esta conferência é realizada uma vez ao mês. Existe também uma Ficha de Prateleira com o nome da medicação, código, estoque mínimo, data, nº documento, entrada, saída e saldo.

O quadro dos profissionais que trabalham na unidade é constituído por uma Coordenadora, seis Médicos, dois Dentistas, dois Auxiliares de Dentista, duas Enfermeiras, onze Auxiliares de Enfermagem, três Técnicos Administrativos, oito Agentes Comunitários, um Auxiliar de Limpeza e dois Seguranças.

A Unidade adota normas para os seguintes procedimentos assistenciais:

- Saúde da mulher;
- Doenças crônicas [diabetes e hipertensão];
- Vigilância epidemiológica;
- Doenças sexualmente transmissíveis [DST].

E para os demais procedimentos são seguidas as normas da Secretaria Municipal de Saúde. A unidade iniciou recentemente atividades com grupos vulneráveis.

A Unidade adota o serviço de referência e contra-referência, que são os encaminhamentos para outros UBS e setores de níveis primários, secundários e terciários. Esse serviço é feito também internamente. É possível identificar um nó crítico com relação à utilização deste sistema de referência e contra-referência, pois algumas especialidades não retornam a conclusão dos casos para a Unidade.

A escolha desta unidade de saúde se deve a vários fatores. Um deles refere-se ao fato de ser a mais recentemente criada pelo município, que atualmente integraliza 46 Unidades Básicas de Saúde. Portanto, sua equipe ainda está em processo de formação. Em que pese já haver profissionais antigos da saúde atuando na unidade, a inovação a qual me refiro é quanto ao processo de trabalho que pode ir se configurando, com sujeitos novos e mais antigos de saúde e de profissão, o que o torna especialmente indicado para o presente estudo. Um outro fator que me motivou a buscar este centro de saúde é o fato de que as duas enfermeiras que trabalham na unidade serem minhas ex-alunas, formadas há dois anos e, hoje incorporadas à equipe. O meu olhar interessado nas enfermeiras, como já foi anteriormente exposto neste trabalho, se deve ao fato de, historicamente, ter sido delegado, a estas profissionais a responsabilidade de coordenar o processo de trabalho de

enfermagem. Somado a este aspecto, torna-se instigante para mim o fato de serem ex-alunas formadas há apenas dois anos, o que me possibilita também conferir as influências do ensino de saúde coletiva desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas na formação do profissional enfermeiro.

Um terceiro fator está relacionado ao fato desta unidade não ter sido campo de estágio para a enfermagem da nossa escola até este ano. Apesar de pertencer à área de influência da PUC-Campinas, tal atividade somente ocorreu por 40 dias durante o segundo semestre letivo do corrente ano e não contou com minha participação direta em atividades de supervisão das atividades de estágio.

A escolha de apenas uma unidade básica para a realização do estudo se deve ao próprio objeto da pesquisa, qual seja o processo de trabalho de enfermagem. Considero que cada instituição de saúde desenvolve um processo de trabalho próprio, a partir de dinâmicas que vão sendo estabelecidas pelos atores sociais que atuam neste cenário também único.

Portanto, o aprofundamento do olhar sobre este objeto pôde ofertar elementos que ofereceram pistas sobre o processo de trabalho da enfermagem em uma unidade de saúde, entendendo-a como espaço único, com potencial de criação e recriação do trabalho em saúde que leve em conta trabalhadores de saúde, usuários e comunidade. Pelas características do objeto já delineadas, a presente pesquisa qualitativa teve como população alvo a equipe de enfermagem do serviço, composta por duas enfermeiras e onze auxiliares de enfermagem, totalizando 13 profissionais. Por ocasião da coleta de dados, duas auxiliares de enfermagem não puderam participar: uma por encontrar-se em férias e outra afastada por motivos de doença. A funcionária em férias não participou da entrevista, contudo participou do grupo focal.

No capítulo seguinte passaremos à apresentação e análise de todo material empírico produzido e descreveremos mais detalhadamente os momentos que envolveram a escolha da hermenêutica-dialética para o tratamento dos dados.

5- ANÁLISE E DISCUSSÃO

Segundo VILLALOBOS TÁPIA (2000), a organização e análise dos dados fazem parte de um processo complexo. Exigem do pesquisador uma visão do objeto pesquisado, para que as peculiaridades do mesmo não sejam perdidas.

Como já havia anunciado anteriormente, optei por utilizar a hermenêutica – dialética reconhecida como recurso de interpretação e explicação de um pensamento.

Para MINAYO (1994) a hermenêutica coloca em primeira instância as condições cotidianas da vida e propicia o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia.

[...] enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão, procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura dos sentidos, a hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido (MINAYO, 1994, p. 227).

A hermenêutica e a dialética se complementam, quando as duas abordagens:

- a) Trazem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, da linguagem e de qualquer trabalho do pensamento;*
- b) Ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial e nem há ponto de vista fora do homem e fora da história;*
- c) Ambas ultrapassam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento. São formas pelas quais o pensamento produz racionalidade;*
- d) Ambas questionam o tecnicismo presente nos métodos das ciências sociais;*
- e) Ambas estão referidas na práxis (MINAYO, 1994, p. 227).*

A hermenêutica procura interpretar textos, principalmente aqueles referentes à comunicação humana. Parte do pressuposto de que a realidade social, principalmente no aspecto relativo à comunicação humana, possui inúmeras dimensões, muitas vezes não explicitadas (DEMO, 1995).

Sendo assim, a hermenêutica se preocupa com o sentido oculto dos textos.

O ator político possui a prerrogativa até certo ponto misteriosa: pode falar para não ser entendido; pode silenciar para ser percebido; pode insistir para tirar a atenção; pode ausentar-se para marcar presença; pode modular um sim, que é um puro não. Para se chegar a compreender este sentido oculto há que conhecer antecedentes, o passado que ficou, a cultura que o gerou, a maneira particular de ser, a circunstância momentânea (DEMO, 1995, p.248).

CONHECENDO OS COMPANHEIROS DE DESCOBERTAS

A equipe de enfermagem do Centro de Saúde Itajaí é composta por onze auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras, totalizando 13 funcionários da categoria. No momento da coleta de dados, a unidade contava com apenas nove auxiliares de enfermagem, pois uma delas se encontrava em férias e a outra em licença de saúde. As entrevistas individuais foram realizadas com os nove auxiliares e com as duas enfermeiras, perfazendo um total de onze sujeitos participantes da pesquisa.

Esses companheiros de descobertas são em sua maioria auxiliares de enfermagem, com idade entre vinte e quarenta anos, pertencentes predominantemente ao sexo feminino, confirmando o predomínio histórico da presença feminina na profissão, coincidindo com a ampliação do mercado de trabalho e da ocupação feminina no Brasil e nos serviços de saúde.

O tempo de formação na enfermagem é variado, podendo ser maior, com até cinco anos de formação; seguido de um período de cinco e dez anos entre os auxiliares, em relação às enfermeiras que têm um tempo de formação de dois anos. Contudo vale ressaltar que uma das enfermeiras tem vinte e dois anos de atuação na área da enfermagem, sendo vinte anos como auxiliar de enfermagem e dois anos como enfermeira sendo que todo este tempo esteve na atenção primária.

Em relação à atuação na atenção primária, podemos observar que se trata de uma equipe com uma inserção importante na rede básica, sendo que grande parte possui até cinco anos de trabalho neste nível de assistência, seguida daqueles com tempo entre cinco e dez anos.

Como já foi citado, além da enfermeira que tem vinte e dois anos de rede básica, encontramos duas auxiliares de enfermagem que têm 13 e 19 anos de trabalho na saúde pública respectivamente.

Durante nossa pequena, mas profícua convivência, pude conhecer um pouco da história de cada um. A procura pela enfermagem, a busca pela atenção primária, o cotidiano de trabalho e os planos que cada um tem para a enfermagem.

Para tentar ser fiel em meu relato sobre o conteúdo de nossas conversas, iniciei o que MINAYO (1994) chama de instante hermenêutico, que consistiu na leitura e releitura do conteúdo das entrevistas individuais, da entrevista coletiva e do diário de campo, na tentativa de recompor todas as informações que obtive nos vários momentos de contato com o objeto, e como forma de buscar a unidade significativa nele contida.

Este processo, conhecido como leitura fluente, possibilitou a identificação e apreensão das idéias centrais para os sujeitos e os momentos mais importantes da viagem para cada um deles, os quais expressos pela linguagem, indicaram unidades de registro. O procedimento me auxiliou na elaboração de categorias empíricas que, confrontadas com as categorias analíticas, geraram uma classificação temática que utilizei para analisar e discutir o conteúdo expresso e apreendido neste processo de investigação.

O farto material coletado permitiu eleger as categorias empíricas que se referiam especialmente ao significado dado à escolha desse tipo de trabalho/profissão; o reconhecimento das finalidades do trabalho da enfermagem e o enfrentamento das dificuldades para atingir essas finalidades. Em cada uma dessas categorias repetiam-se subcategorias, assim identificadas:

1) MOTORES DA ESCOLHA

- 1.1) Missão revelada em entusiasmo amoroso
- 1.2) Escolha profissional fundada em identificação afetiva
- 1.3) Necessidade de sobrevivência feliz-Enfermagem como trabalho
- 1.4) Ascensão social

2) FINALIDADES DO TRABALHO

- 2.1) Cuidar
- 2.2) Educar
- 2.3) Gerenciar

3) ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES PARA ATINGIR AS FINALIDADES DO TRABALHO

- 3.1) Análise do processo de trabalho
- 3.2) Análise das necessidades de saúde
- 3.3) Análise da subjetividade

Considerando a preocupação deste trabalho, que é a de compreender o processo de trabalho da enfermagem na atenção primária, a partir da subjetividade sócio-histórica que se vê, que se objetiva no cotidiano e que se orienta e quer transformar-se, organizamos as categorias e subcategorias em três temáticas, como se segue:

A) O OLHAR DA ENFERMAGEM PARA A ENFERMAGEM

B) A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DA ENFERMAGEM.

C) A ENFERMAGEM NA(S) CENA(S) TRANSFORMADORA(S)

A- O olhar da enfermagem para a enfermagem

Início, então, a tentativa de compreender os vários olhares que a enfermagem lança sobre si mesma. Que imagem os sujeitos têm do seu fazer, que concepções trazem da profissão, que relações estabelecem entre sua trajetória de vida e a aproximação com a enfermagem e a escolha dela como profissão, para que se revelem indícios acerca de sua influência no processo de trabalho.

1) MOTORES DA ESCOLHA

1.1) Missão revelada em entusiasmo amoroso:

“Bem eu não estou aqui de graça. Deus me deu este dom. E se Ele me deu este dom, ele quer que eu faça alguma coisa boa e é ajudar o próximo” (AE-1).

“Acho que precisa ter vocação para trabalhar na saúde. Eu gosto muito do que eu faço. Faço com prazer e faço para ajudar” (AE-9).

“Eu tenho tanto amor que eu não sei como passar. Então eu acendo uma velinha e peço a Deus e às pessoas que me ajudem a deixar tudo em aberto” (AE-6).

“Gosto muito de estar próxima às pessoas , de estar ajudando” (E-1).

“Eu acho um trabalho muito bonito, você tem um contato maior com o paciente, mais do que o médico, você tem uma possibilidade maior de ouvir o paciente, de estar cuidando dele, de estar ajudando ele. Tem muitos pacientes que vêm para desabafar, eu gosto desta parte, de ter um contato com o paciente, de poder ajudá-lo, de pôr a mão na massa”(AE-5).

“[...] levar apoio e aliviar o sofrimento das pessoas”(AE-6).

Para PAULA et al (2001), a enfermagem de hoje traz uma herança histórica e refletir sobre suas práticas implica em repensar seus processos de trabalho, seus instrumentos, seu objeto e a sua finalidade.

Ao analisarmos os relatos acima, podemos observar a presença de idéias, que expressam uma concepção de enfermagem próxima de um sacerdócio, como vocação e como missão. No momento de nossa recuperação histórica sobre a enfermagem, identificamos a forte influência religiosa sobre as práticas da enfermagem, principalmente no Feudalismo, quando a Igreja Católica participava intensamente da constituição e manutenção do sistema feudal. O poder de captura dessa ideologia fundava-se na necessidade de pertencimento e que se poderia reconhecer e identificar a missão da ajuda.

Segundo ARAÚJO NETTO e RAMOS (2002), a compreensão dos significados da enfermagem enquanto profissão feminina está marcada pela religiosidade, pelo papel da mulher e pelos significados da profissão na sociedade.

O breve, porém significativo, relato da trajetória de vida e das aproximações com a enfermagem, podem elucidar em parte as idéias contidas acima.

É assim que a aproximação da enfermagem, para alguns sujeitos, se deu de forma mágica, com caráter supremo e idealizada. Segundo LIMA JÚNIOR (2001), identifica-se a presença de uma imagem mítica (irmã de caridade/anjo de branco).

“[...] uma noite eu tive um sonho, a minha trajetória foi linda dentro da saúde. O sonho que eu tive está gravado até hoje na minha cabeça. Quando eu terminei o curso de auxiliar de enfermagem, uma noite eu estava tratando flores em uma pista. Aí surgiu o Ayrton Senna, veio ele e um colega dele. Ele falou que tinha trazido dois anéis. Um deles era do colega dele para mim e ele enfiou o anel no meu dedo e disse que era lembrança da minha formatura. Este anel era branco, com pedrinhas brancas. Aí ele se afastou e no meio daquelas flores, em meio a uma curva, veio o Ayrton Senna e enfiou o outro anel de formatura no meu dedo e falou que aquele anel era presente de formatura dele. O anel tinha pedrinha cor-de-rosa no meio e todas as outras brancas em volta, só que tinha o aerofólio do carro dele no anel. Ele me disse que era para eu lembrar sempre disso e enfiou o anel no meu dedo. Não desista nunca, nunca. Por mais difícil que seja, por mais dificuldade que você encontre, tenha sempre fé em Deus e não desista nunca. Aí ele foi se afastando. Eu acordei com aquele susto, peguei um papel, desenhei o anel e

mandei fazer. Paguei cento e cinquenta reais. Eu tenho anel até hoje. Eu tinha uma aliança de ouro do meu casamento, eu sou desquitada, mandei fazer o anel aquele que ele colocou no meu dedo. Eu fiz o aerofólio do carro com dois 'As'. De um lado está o A do meu nome e do outro está o A do Ayrton Senna. Do jeitinho que ele colocou o anel no meu dedo, do jeitinho que eu sonhei eu mandei fazer o anel. No dia da minha formatura ele tinha dito para eu estar com o anel no dedo, e assim foi. No dia da minha formatura eu estava com o anel no dedo Você viu que trajetória bonita a minha? Por isso que eu gosto do que eu faço, eu amo o que faço, eu trabalho com carinho, com amor. Tem pessoas que somente pensam no dinheiro no bolso. Eu não consigo trabalhar assim, eu amo o que eu faço” (AE-1).

Observo no relato acima uma autorização divinizada, recebida para atuar na saúde e na enfermagem. A imagem terna e o sonho sublime impõem certa autoridade. O piloto Ayrton Senna foi famoso, poderoso, astuto nas pistas, ousado nas curvas e arrancou diferentes emoções, em sua maioria de admiração, pela capacidade de chamar a atenção de muitos quando entrava em cena, mas também despertou sentimentos não muito afáveis por parte de seus adversários. A presença do caráter divino, caritativo, de doação, de vocação, vem acompanhado de forte conteúdo de poder que, autorizado pela representação da bondade, legitima a sua forma de inserir-se na sociedade. Podemos observar esta consideração quando temos a seguinte colocação:

“O Ayrton Senna não era uma pessoa tão querida no Brasil? Ele não fez as coisas com tanto amor? Ele não fez as coisas com garra? Então eu gosto daquilo que eu faço, eu amo aquilo que eu faço, eu quero ser um Ayrton Senna da saúde” (AE-1).

Outros relatos também acrescem essa perspectiva,

“Eu sempre quis fazer enfermagem [...] prestei vestibular na Puc e entrei, mas não cursei [...] aos dezessete anos conheci um rapaz que minha família não aceitava, era um romance proibido [...] então quando eu entrei na faculdade eu não fui fazer porque eu larguei tudo e fui embora morar com ele” (AE-5).

Este relato foi marcado pela força, ousadia e coragem de lutar pelo que desejava, mesmo que para isso fossem necessários rompimentos com família e o adiamento do sonho de fazer enfermagem. Neste momento me ocorre que ao mesmo tempo em que há o reconhecimento do carinho e da importância que a família representava em sua vida, eles não foram suficientes para aceitar o relacionamento amoroso e também para evitar o enfrentamento de uma situação de separação com a família.

“Eu fiz esta escolha, eu sempre fui uma menina mimada, não sabia fazer nada, tinha tudo na mão e sempre sonhando em fazer uma faculdade de enfermagem “(AE-5).

1.2) Escolha profissional fundada em identificação afetiva

Em outras situações pudemos identificar a trajetória de vida influenciando a aproximação com a enfermagem como opção de escolha profissional fundada em identificação afetiva, ou seja, a identificação com modelos parentais, amorosos, significativos de quaisquer naturezas.

“Eu não sabia muito bem o que era a enfermagem. A minha ex-noiva era da enfermagem e disse para eu fazer o curso. Eu não queria porque eu não sabia como funcionava. Ia ter processo seletivo no SENAC, tinham 500 ou 600 pessoas para 45 vagas. Na época eu trabalhava nos correios, prestei e passei. Então comecei a fazer o curso e terminei o noivado, mas continuei a fazer o curso” (AE-7).

Para este auxiliar o primeiro contato com a enfermagem foi perpassado por uma relação afetiva e amorosa. Contudo, mesmo com o término desta relação, ele deu continuidade ao curso. Identifico em sua fala a inexistência de qualquer esforço em explicar porque continuou em frente. O seu silêncio pode ser compreendido posteriormente, quando relata que seu pai, após sofrer um grave acidente, ficou muito tempo internado. Como ele era pequeno e não via o pai com frequência, resolveu um dia burlar a segurança do hospital e ir de encontro ao seu pai, que pensava ter morrido.

Entre muitas correrias e gritos, ele chega até o quarto e se depara com uma cena na qual o pai é ternamente auxiliado pela enfermagem em sua condição de higiene e conforto.

“ Ele ficou com dois drenos de tórax, limpinho, estava lendo uma revista”(AE-7).

Em outro relato podemos identificar a afetividade como elemento que balizou a escolha de uma das enfermeiras, como se segue:

“A minha mãe é enfermeira e antes dela ser enfermeira ela era auxiliar. Eu cresci com isso, desde pequena eu queria ser enfermeira. Então ela de certa forma acabou me influenciando, sem ela querer, mas acabou influenciando” (E-1).

Mãe, auxiliar de enfermagem e posteriormente enfermeira. Todos estes papéis concentrados em uma figura tão forte quanto a de uma mãe, não poderiam passar despercebidos na vida de alguém. Interessante notar que há uma certa ênfase, neste relato, na não intencionalidade da mãe em influenciar a filha para fazer enfermagem. Entretanto, fiquei pensando que possíveis mensagens a mãe-enfermeira teria transmitido ou não para a filha sobre a profissão. Fossem elas quais fossem,, não tiveram eficácia, pois a filha seguiu em frente na sua escolha.

A figura do pai também aparece influenciando afetivamente a escolha pelo trabalho/profissão:

“Eu já tinha contato com a área da saúde, porque meu pai era técnico de Raio-X. Como ele e minha mãe são separados e eu fiquei com ele, eu sempre fui a hospitais com ele desde pequena. Enquanto ele trabalhava eu fui observando tudo, gostando de tudo, via o trabalho da enfermagem e achava muito bonito” (AE-5).

O relato desta auxiliar de enfermagem foi muito interessante e emocionado, pois, em sua história de aproximação com a enfermagem, o seu pai foi a figura que a influenciou. Filha de pais separados, ela ficou morando com ele e com seus avós paternos. Criada com muito zelo, segundo a sua fala, reconhece que teve sempre muito carinho de sua família e seu pai esteve sempre presente, inclusive quando a levava junto para o trabalho.

Quando diz que via o trabalho da enfermagem e achava-o bonito, imagino que dificilmente fosse possível para uma criança fazer uma identificação desta natureza.

Compreendi então o quanto aquele ambiente era significativo para ela, uma vez que fazia parte da sua vida afetiva, de contato contínuo com seu pai.

Já na área da saúde pública:

“ Depois que iniciei meus estágios na saúde pública na faculdade, eu já quis atuar nesta área por sua causa VIVI” (E-1).

Há, portanto, na construção da subjetividade - motriz do desenvolvimento do profissional enfermeiro - esse importante aspecto, que motiva grande parte das categorias profissionais que é o exemplo. Considero de extrema importância a menção da categoria com o aparelho formador e que de certa forma revela o currículo oculto em ação transformadora no processo presente no processo ensino-aprendizagem, e que se manifesta quando, neste processo, a descaptura ocorre, pelo autogoverno presente no trabalho vivo em ato do trabalhador/professor.

Em outros relatos, a afetividade continua a aparecer como elemento motivador para a escolha realizada:

“Quando eu saí da oitava série , eu fui fazer o colégio técnico-COTUCA- eu queria fazer algo ligado à área da saúde, eu gosto de mexer com gente” (AE-2).

“Eu vinha acompanhar a minha amiga que vinha trazer a filha na neuro eu achava tudo aquilo uma beleza, incrível aquele movimento, e este sonho ficou guardado ”(AE-6).

1.3) Necessidade de sobrevivência feliz-Enfermagem como trabalho.

“Desde pequena eu queria trabalhar com gente, eu pensei em ser professora. Quando minha filha nasceu eu pensei que tinha que ter um trabalho para sobreviver, mas que queria ser feliz também. Naquela sobrevivência eu queria ser feliz. Aí eu escolhi o hospital, porque eu estaria perto das pessoas que estariam precisando de carinho e de cuidados” (AE-6).

A docência e a enfermagem possuem muitos aspectos semelhantes quanto à sua gênese. Ambas possuem presença importante da mulher e forte influência religiosa.

Contudo, considerar apenas estes dois aspectos pode nos levar a uma certa superficialidade de análise, uma vez que poderíamos pensar em pelo menos três dimensões desta questão, com ênfase no processo terapêutico que envolve o cuidado.

Um delas estaria relacionada ao cuidar do ser com ênfase no psicossoma. Uma outra dimensão seria cuidar do ser, com ênfase no psico-social e, uma terceira, estaria enfatizando o cuidado com ênfase nos aspectos sócio-históricos. Estas três dimensões do ser se interpenetram na clínica ampliada e no projeto terapêutico singular familiar.

Para além do sacerdócio, da missão e da caridade, pude apreender deste relato também o reconhecimento explícito e conscientemente manifesto do trabalhador da saúde, da necessidade de sobreviver com alegria e qualidade de vida, incluindo o trabalho como cenário possível de realizações.

Identifico uma tendência em considerar este fazer como trabalho, que remunera e possibilita viver a vida. O desejo de ser feliz no trabalho aparece de forma tão singela, como forma de buscar a unidade entre o trabalho e a satisfação, como algo que dependesse apenas do trabalhador, quando, em realidade, este é um grande debate presente entre aqueles que discutem os desafios dos processos de gestão e também aqueles que se dedicam à organização política sindical dos trabalhadores.

Neste outro relato, a colocação acerca das condições de trabalho são dirigidas às autoridades responsáveis pelas redefinições das mesmas, novamente com forte tendência a atribuir ao outro a responsabilidade pelas mudanças, como podemos identificar.

“O que é qualidade de vida? Não é eu ganhar bem e morar na minha casa e a pessoa que está ao meu lado não tem arroz e feijão. Qualidade de vida é todo mundo ter casa igual. Eu não sou socialista, sou capitalista, todo mundo consome conforme o que quer. Não sei se isso é possível” (AE-7).

Ou seja, como se as mudanças dependessem apenas das forças externas, permanecendo as internas em compasso de espera, numa posição passiva, quando sabemos que sem luta, sem tensionamentos, sem polarizações, não conseguimos disputar idéias, projetos, sejam estes de sociedade, de enfermagem, de homem e /ou de saúde.

“Na verdade eu trabalhei na PUC, no pronto socorro infantil. Eu gosto de hospital, eu trabalhava com duas atendentes, aí entra eu técnica, que não sabia nada, nova, somente com teoria e na prática eu precisava de ajuda. Aí as duas eram atendentes, eu passei uma parte ruim lá com elas. Aí eu ia procurar a enfermeira, porque no meu setor não tinha. Teoricamente eu estava como responsável, mas novinha, nunca tinha trabalhado, e aí pega uma coisa ruim assim. Eu ia pedir para sair do setor....não sou muito de briga [...]

Depois do hospital eu fui para o Valença e depois, fui para o São Cristóvão que era referência para o PAIDÉIA. Quando tudo começou, lá era um projeto piloto, o acolhimento, equipe de referência, tive muita experiência boa na minha equipe. A gente ia para uma fazenda perto do Aeroporto. Quando a gente via o paciente vir de lá a gente não imaginava que era tão longe. Aí nós resolvemos ir conhecer a realidade e resolvemos passar a atender lá. Tirava um dia e ia todo mundo: dentista, ginecologista, pediatra, auxiliar, enfermeiro e a população ficava esperando, a gente atendia em lugar improvisado e a experiência era muito legal. Eu gostava muito de lá, quanto mais se faz mais você aprende. Lá a população procurava a gente e a gente resolvia o problema, não precisava passar pelo médico”(AE-2).

Interessante notar, no relato desta auxiliar, a compreensão profunda que ela transmite da concepção de saúde, de acordo com uma experiência profissional vivida no Centro de Saúde São Cristóvão. Apesar da sua aproximação com a saúde pública não ter sido uma escolha e sim uma alternativa encontrada para sair do conflito vivido no hospital com as atendentes, o fato é que ela se envolve com o trabalho e fala dele com muito prazer, como podemos acompanhar em seu depoimento:

Ao mesmo tempo que ela relata esta experiência profissional e de vida, faz comparações com o centro de saúde em estudo, numa tentativa de buscar respostas que a façam compreender porque o projeto PAIDÉIA não acontece no referido centro de saúde, como podemos conferir:

“ Aqui tem equipe de referência, tem núcleo de saúde coletiva, tem conselho gestor, eu faço parte do conselho gestor, mas ainda tem muita coisa para fazer[...] A equipe é integrada, é unida, é legal trabalhar aqui. São pessoas legais, as dificuldades são porque não entrou no PAIDÉIA. Justamente pelo fato das pessoas serem integradas, serem legais é que seria mais fácil de conseguir entrar no projeto “ (AE-2).

Em relato de outra auxiliar de enfermagem, podemos identificar a busca por condições de trabalho que sejam mais compatíveis com uma vida que possibilite a convivência social com familiares e amigos:

“ Em 1989 eu comecei a trabalhar na PUC. Aí eu ficava na PUC e na Casa de Saúde, fiquei três anos assim. Eu quis sair da Casa de Saúde que era muito puxado, fiquei somente na PUC até 1997. Eu não gostava da saúde pública, de centro de saúde. Eu gostava de UTI e pronto socorro, tinham pessoas mais dependentes e o vínculo era mais curto, diferente, eu gostava mais de hospital, não pensava em Saúde Pública. Mas eu sempre fui atendida em centro de saúde em Poços de Caldas, porque eu era usuária e sempre achei bonito o trabalho. A parte que eu gostava mais era de dor e não da prevenção. Quando eu entrei na rede eu vim empurrada. Eu só fiz a inscrição porque um amigo que trabalhava na PUC e no centro de saúde, ele morava em casa comigo, ele era sozinho aqui. Ele ficava atrás de mim falando que eu tinha que ir ao cinema, passear, ir a festas, eu tinha que trabalhar no centro de saúde. Ele dizia que eu já tinha idade, que eu tinha que ficar mais tranqüila com um concurso e que a qualquer hora eu seria mandada embora[...] Mas depois que eu cheguei, foi muito gostoso, a experiência de UTI você vai passando e logo fui montando grupos e a recepção do pessoal foi bem legal ”(AE-6).

Outros relatos apontam na mesma direção, como podemos observar:

“Eu comecei a trabalhar na PUC, trabalhei na enfermaria de pediatria durante cinco anos. Quando eu fiquei sabendo que ia ter concurso público, eu já estava cansada de trabalhar em hospital, sem fins-de-semana, sem feriados. Eu tinha tido filho, eu queria ficar mais tempo livre. Eu fiquei sabendo que na rede tinha essa possibilidade, então eu vim”

(AE-8).

A área hospitalar, principalmente aquela pertencente ao setor privado, oferece possibilidades de ingresso por meio de processos seletivos que não dependem de concurso, como ocorre no setor público em saúde. Muitas vezes o início da vida profissional ocorre em hospitais privados que nem sempre oferecem boas condições de trabalho, somadas às estruturas hierárquicas rígidas. Contudo, em algum momento faz-se a opção pelo serviço público, por este oferecer estabilidade, condições de educação permanente subsidiada pela instituição, possibilidade de fazer cursos de graduação e pós-graduação, com reposição das horas, além de trabalhar em dias úteis da semana, o que favorece o convívio social entre familiares e amigos, além das atividades de lazer.

Algumas falas revelam a preferência pela área hospitalar:

“Entre na Puc e fiquei seis meses, logo fiquei sabendo do concurso da prefeitura, prestei e entrei [...] eu gosto de hospital” (AE-2).

“Quando terminei o curso de auxiliar de enfermagem, eu pretendia trabalhar na área e tanto fazia a área hospitalar ou a rede básica. Só que encontrei dificuldades na área hospitalar, por causa da minha idade [...] a minha preferência era o hospital” (AE-3).

“Eu tinha um sonho de trabalhar na PUC [...] eu não gostava de saúde pública e centro de saúde [...] quando eu entrei no início vim empurrada, mas quando eu cheguei na rede eu achei muito gostoso” (AE-6).

“Eu trabalhava no Madre Teodora e quando saiu o concurso eu não queria de jeito nenhum [...] Aí eu resolvi fazer minha inscrição porque minha esposa pediu [...] aí eu prestei e entrei [...] aí fui ver como era. Isso foi há 4 anos atrás, o emprego era pra ser meu mesmo” (AE-7).

“Eu trabalhei na PUC um ano e oito meses, depois prestei concurso e fui para a rede básica” (AE-9).

É curioso notar como a referência ao hospital é com frequência realizada na perspectiva do acúmulo de saberes em torno das técnicas de enfermagem, ou no campo das tecnologias leve-duras, como já discutimos anteriormente. O que parece é que, quanto ao ambiente hospitalar, a enfermagem estaria legitimada por um saber técnico, que lhe confere um certo “status” e lhe oferece determinadas habilidades e competências. Esta reflexão somada à tendência presente na formação, que transmite a idéia da realização do cuidado direto pelo enfermeiro, e que ele posteriormente tem dificuldades de implementar, acumula muitas insatisfações e contribui para intensificar a chamada crise da enfermagem.

A enfermagem na atenção primária utiliza tecnologia leve-dura também, porém o cenário da saúde coletiva é um espaço predominantemente das tecnologias leves. Portanto, esta realidade traz grandes desafios para a formação do enfermeiro, na qual encontramos ainda um forte predomínio do ensino das tecnologias leve-duras e duras.

As outras categorias da enfermagem, cujas formações ocorrem em espaços separados de onde ocorre a formação dos enfermeiros, têm uma expectativa de também desenvolver habilidades e competências que as coloquem em uma situação, não consciente, de poder, em relação ao enfermeiro, uma vez que é ele quem realiza o cuidado direto, portanto é ele que muitas vezes tem mais a dizer, mais a informar sobre o paciente.

A preferência pelo hospital pode também representar, no imaginário das pessoas, o locus de utilização de tecnologias leve-duras e duras, o que “confere uma condição técnica melhor”, em completo detrimento do cuidado, comparada às tecnologias leves e também leve-duras desenvolvidas na atenção primária, mais associadas ao cuidado. Contudo, vale ressaltar que há um equívoco nesta forma de pensar, pois a atenção primária é palco privilegiado das tecnologias leves, como forma inclusive de implementação e

consolidação de um modelo de atenção à saúde calcada nos princípios da ética do cuidado, devendo estes, se fazer presentes também em outros níveis da assistência. Contudo, entendo que estas colocações podem estar escamoteando questões importantes como as relações de poder entre os profissionais, que passam pelas habilidades técnicas e portanto pela capacidade de intervenção pontual que ainda predomina no atual modelo na atenção primária, em que pesem os esforços de alteração em curso.

Outro fator não menos importante é a influência, muitas vezes determinante, dos interesses mercadológicos que as tecnologias duras movimentam, em torno de determinadas profissões, intensificando a participação e a presença da indústria das tecnologias duras na disputa político-ideológica por um projeto de saúde nacional.

Como podemos observar, esta manifestação aparece no relato das enfermeiras da seguinte forma:

“A área hospitalar ajuda a gente muito, nas vivências das técnicas e na aprendizagem” (E-1).

“ [...] mais tarde eu fui trabalhar no hospital para conhecer, e achava importante porque eu tinha deficiência técnica. Não sabia passar sonda, não sabia fazer certas coisas que são mais da área hospitalar” (E-2).

Enquanto descrevia este relato, me lembrei de um momento vivido junto a esta profissional, durante o período de observação em campo, quando tive oportunidade de acompanhá-la em algumas horas de trabalho quando, coincidentemente, ela informou-me integrar um grupo de trabalho do distrito noroeste que estuda a demanda técnica do nível primário e a conseqüente capacitação para a realização das técnicas de enfermagem, que envolvem passagem de sonda enteral, gástrica, vesical, além da utilização adequada dos fitoterápicos.

Diante desta realidade de maior complexidade presente na atenção primária, as justificativas de que o hospital proporcionaria maior possibilidade de desenvolvimento de habilidades técnicas que envolvem tecnologias leve-duras perdem relevância. Ao hospital na verdade, caberia a referência do uso da tecnologia dura, uma vez que as leve-duras já fazem parte do cuidado à saúde na atenção primária.

Quanto à opção pela saúde pública, temos relatos que indicam uma busca por esta área de atuação muitas vezes antiga e afetivamente implicada, como a que se segue:

“Eu já trabalhava no Floresta há 11 anos, eu já estava cansada. O Floresta é meu filho, eu engravidei, eu fiz o parto, eu vi nascer, eu dei as vacinas. O Floresta é meu filho, por isso eu não aceito ouvir ninguém falar mal do Floresta. O Floresta é meu filho” (AE-1).

Outras vezes a escolha é recente, porém bastante determinada:

“[...] eu penso que na rede básica você fica mais perto da população carente. Poder orientar a população foi algo que pesou na minha escolha, [...] estou gostando, acho que era isso mesmo que eu queria” (AE-4).

A escolha pela área da saúde pública como campo de trabalho, no início da atividade profissional, foi encontrada em poucos relatos. Ao tomar contato com este material, iniciei algumas reflexões que passo a assinalar apenas como indicativo de possíveis estudos futuros.

A primeira reflexão estaria relacionada à determinação do compromisso com a saúde pública, advindo de uma escolha “original” por esta área, mesmo que a trajetória profissional não tivesse começado por ela, mas, por exemplo, se iniciado por uma unidade hospitalar. Ao mesmo tempo que, se a escolha “original” tivesse sido pelo hospital e, por uma contingência de oportunidades e ou necessidades, a experiência profissional aconteça na atenção primária, estaria esta condição determinando um maior ou menor compromisso com a saúde pública?

Em nosso cotidiano de trabalho temos observado que a escolha “a priori” pela atenção primária não tem trazido garantias de maior comprometimento com a saúde pública.

Ao pensarmos o sistema de forma integrada, poderia parecer pouco relevante esta discussão, uma vez que, em tese, todos os trabalhadores da saúde, independentemente do nível de assistência em que atuam, devem zelar e se comprometer com a construção e implementação cotidiana do SUS, a partir de seus princípios e diretrizes. Contudo, entendo

que a responsabilidade maior de valorização da saúde como um bem público, com valorização profissional, resolutividade e atendimento de qualidade, reside em nós, que estamos na base deste sistema, cujo palco deve se constituir em cenário das tecnologias leves, permeado por práticas criativas, com qualidade e compromisso com a autonomia do cuidado.

Assim, identifico que a escolha “original” do trabalhador pode influenciar, por ser uma escolha afetiva feliz; entretanto, várias iniciativas relativas aos processos de gestão podem encaminhar-se para que este estado seja alcançado, tais como política de educação permanente, política de valorização profissional, processos de gestão participativos, dentre outros; o que, de certa forma, revela a intencionalidade e opção por um determinado modo de se fazer saúde.

1.4) Ascensão social

“Eu comecei meio diferente, porque eu era faxineira, mas eu precisava de um emprego fixo. Aí eu fiquei sabendo que o Ipaussurama estava fazendo ficha, para trabalhar no centro de saúde. Passei na seleção. Aí eu descobri o que era para fazer. Naquela época se pegava gente do bairro para trabalhar como auxiliar de saúde” (E-2).

A busca pela ascensão social, por meio de um trabalho fixo mais estável do que o de faxineira, marca esta fala. Vale lembrar que os auxiliares de saúde se constituíram em profissionais respeitados e legitimados pelas comunidades locais, o que certamente confere um “status” diferenciado às pessoas que buscavam estas posições. Em relatos posteriores desta mesma enfermeira, podemos confirmar esta busca impulsionada por muita persistência em alcançar os objetivos:

“ Aí eu fui para a Unicamp e lá me disseram que eu somente seria contratada se eu fizesse o curso de atendente de enfermagem. Falei que tudo bem. Fiz o curso de atendente. Aí por conta desta lei que não haveria mais atendente, saí da Unicamp e continuei na rede, porque sempre tive preferência pela rede mesmo. Eu tentei depois o segundo grau e depois a faculdade. Prestei a faculdade e entrei.

Eu queria mais conhecimento mesmo, a gente começa a ficar defasada, você quer dar mais resolutividade e você não tem. Depois da faculdade eu senti necessidade de fazer a especialização por conta da gerência, esta coisa de trabalhar conflitos, de trabalhar o subjetivo, que eu acho que é o que pega mesmo. O resto você tira de letra” (E-2).

Em que pese a ascensão social ter aparecido de forma mais explícita no relato acima, tenho uma tendência a pensar que ela está presente em todos os outros, por ser esta uma condição mais do que freqüente em nossa sociedade, considerando as diferentes necessidades estabelecidas por cada um de nós. Contudo, no caso específico desta enfermeira, ela iniciou como faxineira, depois auxiliar de saúde, que tinha muito reconhecimento perante as comunidades locais e, posteriormente, foi caminhando em direção à graduação. Quão profundos não são os processos subjetivos vividos por ela, que além da ascensão profissional conquistada, esta vem como consequência de processos contraditórios quando da passagem de agente da enfermagem para enfermeira.

Atualmente tenho presenciado, junto aos meus alunos, a situação de passagem de alguns deles da condição de agentes da enfermagem para gerente, ou seja, da condição de subalternos para uma posição de mando, se pensarmos na divisão técnica presente em nossa profissão. Este processo é sutil, é profundo, cada um vivencia de um jeito: com sofrimento, alívio, manutenção do conforto da situação anterior para evitar enfrentamento de conflitos, enfim encontro muitas situações complexas que exigem do docente vários momentos de acolhimento e discussão desta condição de transitoriedade na vida e na profissão de cada um deles. Não pretendo discutir estas questões, por não serem objeto do presente estudo, apenas assinalar que as considero relevantes, na medida em que são uma demarcação determinante nas relações de trabalho, constituindo parte significativa do processo de trabalho da enfermagem. Compreendo que esta transição deva ser analisada em aspectos que vão para além dos sentimentos. Penso ser necessário trabalhar a subjetividade, a partir de determinada posição de classe, a partir da qual se pretende olhar a enfermagem, o mundo, a saúde, o homem, o cuidado e a vida. É necessário escolher a serviço de quem devemos colocar o nosso conhecimento, a nossa prática, a nossa ética.

B- A construção cotidiana da enfermagem

A enfermagem olha para si e, a partir disto e do campo que se impõe, realiza seu cotidiano.

O trabalho da enfermagem inserido no trabalho em saúde possui três trabalhos, que se orientam para a mesma finalidade geral, porém com objetos, instrumentos diferentes e finalidades específicas, que podem ser identificados como integrantes de sua identidade. Estes três trabalhos são: **CUIDAR, GERENCIAR E EDUCAR** (LEOPARDI et al., 2001). Estes aparecem nos depoimentos como categorias desse cotidiano em ato e articulam-se internamente entre si e com outros trabalhos desenvolvidos no serviço.

2) FINALIDADES DO TRABALHO DA ENFERMAGEM

2.1) O Cuidar

O processo de cuidar é identificador da profissão, pois se realiza a partir de necessidades de saúde concretas ou potenciais, caracterizando a especialidade profissional, sua comunicação com o objeto epistemológico e sua intervenção técnica e científica diante destas necessidades, produzindo transformações imediatas e mediatas, assim,

“O cuidado é de fato uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em um outro estado de mais conforto e menos dor, portanto tem uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social” (LEOPARDI et al., 2001, p. 39).

Quando passamos para a análise das finalidades do trabalho da enfermagem, podemos identificar que a finalidade geral do trabalho em saúde é de certa forma incorporada à finalidade do trabalho da enfermagem.

“A finalidade maior do meu trabalho é atender o paciente. O paciente é tudo para nós, em nossa vida” (AE-1).

“Promover a assistência e uma boa assistência. Fazer com que quem vem aqui, saia daqui satisfeito mesmo que não seja no momento, pode ser depois de algum tempo, mas que ela fique satisfeita com algum tratamento, algum projeto” (E-1).

“A finalidade do meu trabalho é atender à população e garantir um atendimento de qualidade. Na verdade é oferecer um bom atendimento à população” (E-2).

“[...] ouvir o paciente, de estar cuidando dele, de estar ajudando, tem muitos pacientes que vem para desabafar, eu gosto dessa parte, de ter um contato com o paciente, de poder ajudá-lo, de pôr a mão na massa. Acho que é essa a finalidade” (AE-5).

“A partir do momento que você entrou numa área, eu sonhei, então é levar apoio e aliviar o sofrimento das pessoas” (AE-6).

2.2) O Educar

No processo de educar, o trabalho é dirigido para a transformação da consciência de saúde individual e coletiva.

Assim, temos que considerar estes três processos particulares de trabalho, executados sobre diferentes objetos, com finalidades específicas diferentes e finalidade genérica igual, que se realiza como 'processo de trabalho de enfermagem' (LEOPARDI et al., 2001, p. 42).

Como podemos identificar:

“Eu acho que a finalidade do meu trabalho é tentar conscientizar a população de como se cuidar, orientar” (AE- 3).

“A prevenção, o tratamento, o acompanhamento, o conhecimento, o interesse”(AE-6).

“Procuro, na minha limitação, poder ajudar e tirar dúvidas do paciente”(AE-4).

“Eu acho que a finalidade do trabalho tem que ser a de mudar esta idéia que os pacientes têm de que o trabalho é centrado no médico”(AE-2).

“Eu ficaria satisfeito, quando você consegue orientar bem a pessoa. Agora mesmo chegou uma paciente com diabetes e que estava fazendo dieta tudo errada. Eu orientei, dei o folheto educativo, ela saiu bem, eu consegui resolver o problema dela” (AE-3).

“Poder orientar a população foi algo que pesou na minha escolha pela saúde pública” (AE-4).

“A princípio, quando cheguei na farmácia, não havia um controle rigoroso da dispensação de medicamentos[...], aí pedimos auxílio ao distrito e vimos que era preciso educar a população para o consumo correto dos medicamentos” (AE-7).

A questão da educação, em suas várias dimensões, pode ser identificada nos relatos acima quando educar está sendo concebido em seu sentido mais interventor, como alterar o jeito do paciente de viver a vida. Esta dimensão de educação carece de maior discussão acerca das implicações de tal posicionamento, no sentido de trabalhar a autonomização do processo de cuidar; como forma de alterar a consciência em torno do conceito de cuidado. Este processo educativo pressupõe a participação, o engajamento e a parceria entre profissionais de saúde e usuários, no momento de definição de responsabilidades entre os atores envolvidos no encaminhamento do projeto terapêutico singular.

Para isso, faz-se necessário que o profissional de saúde também invista nesta construção, questionando as posturas muitas vezes autoritárias, também outorgadas pelo conhecimento oficial.

Em muitos destes relatos, seus autores informaram participar de alguma atividade educativa relativa a grupos de ginástica, de prevenção de CO, de diabetes e hipertensão, condição que auxilia muito na compreensão da dimensão que a educação tem no processo de autonomização do cuidado, além da satisfação experimentada pelo profissional neste fazer, como podemos identificar no relato a seguir:

“Eu faço parte do grupo de hipertensos e diabéticos e como estamos no final do ano, a médica responsável pelo grupo pediu para que as pessoas dissessem o que o grupo trouxe para elas. E chegou uma hora que eu fui perguntada, eu disse que achava gratificante a gente poder ver que o paciente aprendeu a tomar medicação direito, a se cuidar, que a gente orienta e ajuda o paciente a ter uma vida melhor, mais saudável” (AE-4).

2.3) Gerenciar

No processo de trabalho de gerenciar a proposta colocada para o enfermeiro é a de genericamente organizar o espaço terapêutico, para que o cuidado se realize; além de organizar, distribuir e controlar o trabalho da equipe de enfermagem.

"Seu objeto é a organização em si, produzindo uma combinação de condições para a assistência multi-profissional e a realização do cuidado terapêutico" (LEOPARDI et al., 2001, p. 39).

Neste processo a finalidade do trabalho do enfermeiro é a organização do cuidado, tanto coletivo quanto individual, realizado pela equipe de enfermagem e pelos demais profissionais.

Para LIMA et al (2000), as análises sobre as atividades que a enfermagem realiza têm demonstrado que a atividade gerencial é a que mais se sobressai.

As atividades de gerenciamento do cuidado foram relacionadas à supervisão e ao controle do processo de trabalho. Verificou-se que as atividades de coordenação, supervisão e controle dos agentes da equipe de enfermagem são destinadas às enfermeiras (LIMA et al, 2000, p.347).

A gerência de serviços de enfermagem tem sido atribuída ao enfermeiro, dentro da divisão técnica do trabalho da enfermagem. Contudo, podemos observar que, em várias situações cotidianas, quando o enfermeiro não está presente, os auxiliares de enfermagem realizam ações relativas à gerência do cuidado e até mesmo do serviço. Esta contradição tem gerado conflitos, que perpassam as relações de trabalho e geram insatisfações entre os membros da equipe, que desejam mais autonomia no trabalho, maior reconhecimento e intensificação do trabalho mais coletivo.

"Eu trabalhei na PUC, na UTI, um ano e oito meses. Depois prestei concurso na prefeitura e entrei, fui trabalhar no São Domingos. Lá eu fiquei durante um ano, não tinha coordenadora, nem enfermeira. Eu ficava na vigilância, a pedido do distrito na farmácia. Depois eu fui para o CS Faria Lima. Ficava na vigilância, porque ninguém sabia e gostava de ficar nesta área. Depois eu fui para o centro de

saúde Carvalho de Moura também a pedido do distrito e também para trabalhar na vigilância, só aí eu vim para o Itajaí. O centro de saúde já tinha sido inaugurado, mas ainda estava fechado para o público. A sala de vacina foi sendo formada. Eu sempre fiz as coisas. Aqui eu sinto que há muita dependência da enfermagem em relação aos médicos e em relação às enfermeiras” (AE-9).

“Eu já trabalhava no módulo, era um lugar pequeno, tinha médica, depois chegou outra, ficamos um bom tempo sem enfermeira. A coordenação era do Valença e eles, por falta de tempo, também porque o Valença era um centro de saúde grande, problemático, então ficava mais a gente mesmo. Éramos em três auxiliares, nós não dávamos conta, tínhamos que fazer o trabalho burocrático, não tinha enfermeira, tinha que fazer tudo. A gente colocava as médicas na farmácia para dar medicação. A gente era uma família, uma ajudava a outra. Tinha quatro agentes de saúde. A gente sonhava com tudo isso aqui” (AE-5).

Por outro lado, percebo que há uma limitação por parte dos enfermeiros em relação à gerência, que pode residir na dificuldade em traçar um eixo que oriente o processo de trabalho da enfermagem, tomada como núcleo essencial deste processo a dimensão ética do cuidado.

Não podemos desconsiderar as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho com relação às condições de trabalho, acúmulo de funções, quadro incompleto de funcionários, absenteísmo, em alguns momentos ausência de retaguarda médica, a busca do reconhecimento e da autonomia no trabalho, como alguns dos elementos geradores de conflitos.

Encontramos no relato de uma das enfermeiras uma descrição mais completa da dimensão do que acabamos de comentar acima:

“Eu estou aqui no Itajaí há um ano. Tive boa recepção por parte dos funcionários, porém com uma certa dificuldade, porque esta equipe estava acostumada que o médico mandava. Como no módulo não tinha enfermeiro, era tudo tocado pelos auxiliares e pelos médicos, eu vim na semana da inauguração e vim para trazer a mudança par

cá mesmo. Então foi difícil para mim trabalhar aqui, porque o pessoal não sabia se ouvia eu ou se ouvia os médicos. E os médicos já estavam acostumados a mandar nos auxiliares. Então eu tive que trabalhar aquela coisa de que tem uma equipe, que envolve COREN, envolve cuidado técnico mesmo, que é diferente da medicina. Eles têm aquela coisa de que o médico é melhor do que o enfermeiro, sabe aquela coisa? Ele é o chefe. Então foi muito difícil. Teve um protesto contra mim, dizendo que eu estava querendo ser médica. Era um tal deles trazerem o ato médico para brigar comigo e eu trazendo o COREN para brigar com eles. Teve um enfrentamento grande no começo para eu mostrar para eles que eu tenho leis que protegem a minha profissão e é diferente deles que têm um projeto de lei e que nem está aprovado ainda. Eles alegavam que são eles os médicos e que eram eles que mandavam pelo ato médico. Então eu tive muito problema no começo, depois a gente conseguiu ir se incorporando, eles conseguiram ir conhecendo e hoje está mais tranqüilo. É claro que alguns têm resquícios, mas é natural porque sempre foi assim, então você vai trabalhando outro olhar diferente. Considero que este ano que estou aqui tivemos muitos avanços, mas ainda é muito forte esta postura centrada no médico. Já consegui quebrar muitas barreiras. Eles mesmos dizem que perderam muito espaço[...] Eu pedi ajuda, consegui a chegada de outra enfermeira[...] a gente tem pouco funcionário[...] a gente fica no acolhimento sozinho e não acolhe em equipe, não faz coisas que são suas mesmo, que é gerenciar, de cuidar da equipe, de tirar dúvidas, tem muita gente que eu vejo que precisa de eu estar mais perto e isto me angustia, porque eu não dou conta ainda” (E-2).

Na tentativa de analisar em conjunto as dimensões do cuidar, educar e gerenciar, considero que este conjunto de falas trazem em seu interior, na minha avaliação, as questões contraditórias mais profundas presentes na enfermagem e que estão intimamente relacionadas com os processos de trabalho que os atores desejam construir.

Então vejamos. Uma primeira contradição aparece relacionada ao cuidado direto. Como já vimos nos antecedentes históricos da profissão, o cuidado direto na Idade Média não era valorizado pela ideologia dominante da época.

Contraditoriamente, as pessoas que o realizavam poderiam alcançar o perdão, quando da realização de tão nobre ação, ou seja, a de cuidar do sofrimento humano. Contudo, tivemos sempre a tendência de incorporar os aspectos negativos deste fazer, aqueles relacionados à caracterização do agente cuidador, quase que numa tentativa desesperada de negar qualquer possibilidade de transposição desta imagem, pois, no capitalismo, com o surgimento da enfermagem profissional, as exigências disciplinares rígidas recaíram tão fortemente sobre os agentes da enfermagem.

Ao mesmo tempo que esta nova lógica se instaura no interior da enfermagem, temos também a divisão social e técnica do trabalho, que coloca as tarefas consideradas mais nobres, por Florence, para as “ladies nurses” e o cuidado direto para as “nurses” subordinadas às primeiras. Aqui também há uma contradição importante, uma vez que Florence, a partir de sua experiência na guerra executou o cuidado direto e o valorizou o suficiente para que fosse considerado importante para a redução da mortalidade.

Portanto, o cuidado era tão igualmente relevante no início do Capitalismo, como na Idade Média mas como, esperado, submetido à lógica da divisão social do trabalho, portanto instrumentalizado na direção da produção para a acumulação.

As “ladies nurses”, então responsáveis pelas tarefas do planejamento do cuidado, eram legítimas representantes da classe dominante. A trajetória da enfermagem marcada por esta divisão entre enfermeiros e enfermagem tem dificultado a unidade de ação e a construção de um projeto comum e conjunto da enfermagem.

Os enfermeiros, com o seu distanciamento do cuidado direto, vão perdendo a legitimidade diante dos demais agentes da enfermagem que, por sua vez, quando muito experientes, acabam executando tarefas consideradas privativas do enfermeiro. Muitos conflitos e falsas polêmicas também fazem parte da trajetória da enfermagem. Em crise, os enfermeiros reivindicam o cuidado direto e negam ou burocratizam o planejamento deste cuidado. Quando assim o fazem, disputam espaço com os demais agentes da enfermagem, ao mesmo tempo que se subordinam ao modelo clínico que impõe limitações.

Diante desta realidade na qual a enfermagem se debate, pode residir a possibilidade da síntese necessária para a sua transformação, que passa necessariamente pela elaboração conjunta de projetos publicizados. Inaugurar processos de gestão democráticos e participativos, que atendam às necessidades da população com a valorização do cuidado como valor e da enfermagem, parece inadiável.

C- A enfermagem nas cenas transformadoras

Ao discutir a identidade da enfermagem, ARAÚJO NETTO e RAMOS (2002) a relacionam com as estruturas historicamente estabelecidas e que podem ser observadas através da análise da evolução histórica do assistir/cuidar na enfermagem .

O assistir/cuidar tem hoje conotações ligadas à crise de identidade do enfermeiro e à preocupação com o assistir/cuidar enquanto objeto de estudo para a construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem (ARAÚJO NETTO e RAMOS, 2002, p. 582).

De acordo com KIRCHHOF (1995), o trabalho em saúde tem uma significação social, que direciona o rumo, a perspectiva dos profissionais e, assim, das profissões.

O trabalho em saúde deve expressar a articulação entre os diversos processos de trabalho, com suas respectivas finalidades, numa finalidade geral considerando que:

A finalidade e o objeto estão intrinsecamente ligados, de forma que, quando o limite, limito o objeto sobre o qual trabalharei, bem como quando o amplio, amplio o objeto, necessariamente. As condições profissionais sobre a práxis na saúde podem variar. Essa dinâmica de concepções/interesses dificulta a organização do trabalho para uma finalidade “F” ampliada (KIRCHHOF, 1995, p.63).

De acordo com LEOPARDI et al (2001), a enfermagem traz em sua gênese o cuidado do ser humano como objeto epistemológico e, portanto, como objeto de trabalho, mesmo que atualmente o cuidado direto não predomine nas ações desenvolvidas cotidianamente pelo enfermeiro, mas sim pelos agentes da enfermagem.

Este aspecto tem levado ao aparecimento de crises constantes no seio da enfermagem, muito mais circunscritas ao âmbito dos enfermeiros, uma vez que se observa uma tendência em resgatar o cuidado direto como forma de legitimação perante outras práticas, em especial a prática médica. Este movimento pode levar os enfermeiros, por um lado, à afirmação positiva do cuidado como referência primeira para nossas formulações enquanto prática. Por outro, também pode mascarar a realidade de que este cuidado direto colocaria o enfermeiro numa condição de “status” semelhante à do médico, contribuindo assim para a disputa corporativa que em nada auxilia o processo de transformações tão necessárias em nossas práticas cotidianas, que clamam pela dimensão da ética no cuidado.

Paralelamente a este movimento podemos identificar um outro, mais voltado para o interior da enfermagem, que é o da disputa pelo cuidado direto como forma de buscar a legitimação do enfermeiro diante dos agentes da enfermagem.

Em ambos os movimentos do enfermeiro em busca de sua legitimação profissional, podemos, na minha avaliação, identificar a armadilha que nos espera: poderemos retroceder ao momento histórico já mencionado anteriormente, do cuidado subordinado individual, perdendo de vista a possibilidade de enfrentamento destas contradições para superação das dificuldades, através da realização de novas sínteses que expressem novas perspectivas para o fazer da enfermagem e não somente dos enfermeiros e dos agentes da enfermagem, de forma isolada e solitária, aprofundando o distanciamento em torno da unidade na ação.

Considero que se não houver uma mudança qualitativa nesta tendência, a enfermagem fica limitada e até mesmo impedida de compreender que a complexidade do seu trabalho reside no fato de existirem diferentes processos de trabalho, com diferentes objetos, instrumentos e finalidades.

3) ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES PARA ATINGIR AS FINALIDADES DO TRABALHO

3.1) Análise do processo de trabalho

A constatação da complexidade que envolve o trabalho da enfermagem é por vários momentos reivindicada como objeto de reconhecimento social, contudo não é identificada pelos agentes de enfermagem. Talvez resida neste ponto um dos aspectos que geram os sentimentos de desvalorização da enfermagem e reducionismo da sua importância na equipe de saúde expressos em alguns relatos:

“Eu desejo um maior reconhecimento do trabalho do auxiliar de enfermagem, do trabalho do enfermeiro, da enfermagem. A gente não pode parar a luta, senão a gente vai parar no tempo. No começo eu achei que não ia dar certo o PAIDÉIA, por muita coisa, mas eu vi, eu constatei que dá certo e é muito bom, faz muito bem” (AE-2).

“O que gratifica a gente no trabalho é o olhar de pessoas intelectuais que te elogiam. É muito pouco elogio que a gente recebe aqui. De vez em quando seria bom a gente receber elogios no trabalho da enfermeira, do médico, porque o elogio é a afirmação da gente no trabalho” (AE-7).

É interessante notar que a enfermagem sente e confirma, cotidianamente que ela possui um volume de trabalho, cujo conteúdo é denso. Muitas vezes, eu ouvi durante minhas inserções no serviço em estudo a expressão: “aqui fazemos de tudo um pouco”. Porém, considero esta frase insuficiente pois não alcança a complexidade do fazer da enfermagem nas dimensões do cuidar, do gerenciar e do educar.

Talvez esta falta de clareza impeça que a valorização da enfermagem se dê primordialmente em seu interior, sem que seja necessário reivindicar reconhecimentos externos, ou autorizados por instâncias e/ou pessoas pertencentes às esferas políticas e intelectuais.

A preocupação com os direitos e condições de trabalho como dificuldades a serem enfrentadas quando se objetiva atingir as finalidades do trabalho, pode ser identificada nos relatos que se seguem:

“O meu trabalho depende de fatores internos e externos, às vezes ficamos presos numa mesma armadilha” (AE-3).

“Falta tudo, não tem isso, não tem aquilo, era como o módulo que mudou de lugar. Não tem material, não tem funcionário, mas também não é culpa daqui, é da prefeitura como um todo” (AE-2).

“O computador não é bom, é antigo, há uma disputa de vagas, é um trabalho que se perde muito tempo. O computador é lento, ele quebra, vai para a manutenção, você fica sem ele um tempo. Eu fui várias vezes fazer esse trabalho no distrito. A impressora não tem, é necessária, o telefone, uma linha fica na Internet, a outra é para todo o centro de saúde usar” (AE-5).

“A saída do módulo e a vinda para cá foi boa. Trabalhar numa casa sem condições é muito ruim” (AE-6).

“A principio, quando eu cheguei na farmácia, tinha um controle dos medicamentos, mas estava um pouco desorganizado, não tinha impressos, material” (AE-6).

“Eu desejo que houvesse uma diminuição da jornada de trabalho para seis horas, não para que eu pudesse trabalhar menos. O salário menor você se adequa, mas acho que abriria muitos empregos [...] (AE-7).

Em todos estes relatos, a contradição entre olhar a enfermagem como trabalho ou como sacerdócio, missão e doação se faz presente. Optar por olhá-la como trabalho implica em reconhecer que as condições nas quais ele se realiza devem ser adequadas e justas o suficiente para promover um trabalho de qualidade. Contudo, percebo que em que pesem as manifestações desta natureza, elas vêm acompanhadas quase que como um pedido de desculpas. Os posicionamentos nesta direção “maculam” a imagem do sacerdócio, com presença muito forte no fazer da enfermagem.

Por outro lado observa-se que as dificuldades expostas são sempre externas, do sistema, da gestão, o que traduz uma coerência com a perspectiva missionária em que o fazer é um fim em si mesmo e que cabe ao outro prover todas as necessidades para que este se realize.

Mesmo considerando que o cuidado já foi mencionado anteriormente, ainda, entre os vários processos de trabalho da enfermagem, o destaque como forma de chamar atenção pela capacidade que possui de configurar um certo modelo de atenção à saúde e ser determinado também por ele.

Para LIMA e ALMEIDA (1999, p.87),

No modelo clínico de atenção à saúde, o médico está em posição nuclear, pelo saber que detém para elaborar o diagnóstico e conduzir a terapêutica das doenças [...] Portanto algumas limitações que as enfermeiras têm no seu cotidiano podem ser ocasionadas devido à dependência ao trabalho médico e ao lugar social que a enfermeira ocupa nessa relação.

Segundo as autoras, a enfermagem neste modelo de atenção à saúde tem papel complementar ao do médico e a autonomia é relativa, contudo:

[...] a enfermeira resiste ao poder médico e à subordinação [...] busca uma modificação nas condições de trabalho. Essa resistência é um caminho para a ampliação da autonomia da enfermeira e melhor comunicação entre a equipe (LIMA e ALMEIDA, 1999, p.94).

Quanto à realização do cuidado direto, LEOPARDI et al. (2001) nos aponta que cuidar traduz uma ação de tratar alguém, atender alguém e cuidado é o tratamento e a atenção dispensados para atender às necessidades do outro nas dimensões físicas psicológica e espiritual.

O objeto sobre o qual os profissionais de enfermagem se debruçam para executar seu trabalho (e de algum modo imprimir alguma transformação) não é um objeto comum, que o próprio trabalhador procura. A assistência à saúde, de um modo geral, é um serviço, em que o trabalho não se concretiza em coisas materiais, como seu produto, mas em mudanças que resultam em bem-estar e saúde, os quais, embora concretos e evidentes ao olhar observador, são experimentados pela própria pessoa que vai em busca desta assistência e cuidado. É nela que se realizam as transformações, ou seja, passa de alguém com corpo, mente, espírito sofrido e doente, a

alguém com corpo, mente e espírito menos sofrido. Então, é esta pessoa o 'objeto' transformado e é pelo ato do cuidado que isto ocorre, no caso do trabalho da enfermagem (LEOPARDI et al., 2001, p. 33).

Esta condição pode ser considerada menos flexível, quando o contexto de trabalho é o hospitalar, como podemos conferir no relato de uma das enfermeiras que trabalha também em um hospital.

“[...] no hospital é diferente. Eu sou supervisora, mas eu respondo para outras pessoas que respondem para outras pessoas [...] o organograma da hierarquia é diferente[...] na atenção primária a gente tem mais autonomia para estar trabalhando, estar desenvolvendo[...] não é fácil, é terrível manter dois empregos, um na área hospitalar e outro na área da saúde pública, por todas as diferenças que esta realidade me traz , mas eu mantenho meu trabalho no hospital por uma questão financeira, eu preciso ter dois empregos. Se eu tivesse condição de ficar com um emprego só eu ficaria com a saúde pública, não tenha dúvida” (E-1).

Contudo, quando o modelo clínico predomina na rede básica, podemos verificar uma série de situações que demonstram o limite imposto pelo modelo clínico aos demais profissionais.

“Nós auxiliares de enfermagem fazemos tudo, tudo aquilo que compete a gente, que compete ao nosso cargo, até onde a gente pode chegar, aí a gente faz” (AE-1).

“Ainda está muito centrado na figura do médico[...] os auxiliares têm capacidade de fazer muito mais” (AE-2).

“Quando o médico está eu fico com ele e vejo o peso e as pressões” (AE- 6).

Outras expressões apontam que:

“O paciente passa pelo médico para depois passar pelo enfermeiro” (AE-2).

“Se a gente tivesse mais espaço seria melhor. Estamos mais perto do paciente, podemos orientar até melhor do que o próprio médico. Temos mais tempo de sentar, conversar e às vezes a gente fica até meio frustrada, porque será mesmo que é assim? Vamos falar com o médico para confirmar se está certo? Não tem mais certeza enquanto você não falar com o médico. Tem que mudar esta idéia de que o trabalho é centrado no médico, acho que tem que trazer a confiança da população de volta no trabalho do auxiliar” (AE-2).

“O papel da enfermagem é ouvir o médico e o enfermeiro” (AE-6).

“Os médicos queriam me tirar daqui, diziam que eu não fazia acolhimento direito, que eu dava tudo para eles” (E-1).

Um aspecto interessante de se notar é uma tendência a fazer uma certa transferência, em alguns momentos, do modelo médico-centrado para o enfermeiro-centrado, podendo esta tendência ser observada nas seguintes falas:

“As dúvidas que eu tenho eu procuro a enfermeira, se ela não está eu procuro o médico. Eu não tenho encontrado dificuldade” (AE-1).

“Em relação aos problemas internos, a gente tem que procurar uma segunda opinião, quem tem mais experiência, quem tem mais autoridade, quem enxerga longe” (AE-3).

“Eu sempre fiz as coisas, aqui eu sinto que há muita dependência da enfermagem em relação aos médicos e em relação às enfermeiras[...] Eu faço aqui o trabalho da farmácia, da saúde mental e da vigilância. Tomo cuidado para não faltar medicamento, treinei o funcionário que está comigo, mas que vai embora. Eu nunca tive minha autonomia podada.” (AE-9).

Em que pese o depoimento anterior não coincidir com os demais, ainda reconheço que o que predomina é a presença de aspectos, no processo de trabalho, que limitam o fazer da enfermagem. Parece que a resolutividade do problema do paciente, ou o atendimento às suas necessidades, é legitimado por meio da intervenção originária de um profissional graduado, quando do predomínio de um modelo clínico de atenção à saúde.

Como vimos anteriormente, este modelo reforça o posicionamento do médico no núcleo decisório das ações que serão destinadas ao paciente e, por conseguinte, impõe relações de poder que limitam os demais profissionais.

Pude notar que a tendência em organizar o atendimento clínico individual na enfermagem se apresenta na discussão acerca do acolhimento, como podemos observar:

“[...]ainda não está tudo estruturado, essa coisa mesmo do acolhimento ainda está complicado” (AE-2).

“Se tem atendimento eu faço, se tem alguma coisa para passar para o médico eu já passo. Tem dois períodos que eu não agendo nada, porque não tem médico e fazer acolhimento sem eles é uma loucura. Falta médico para retaguarda para o acolhimento. Este é um dos aspectos dificultadores[...] os médicos queriam me tirar daqui, falavam que eu não fazia acolhimento direito e que eu passava tudo para eles” (E-1).

“Eu tenho uma visão de acolhimento diferente da que hoje o serviço tem[...], estamos tentando levar isso para a equipe, junto com a coordenação, para que este processo de entendimento ocorra para não ficar centrado na figura do médico e do enfermeiro” (E-2).

Tenho pensado muito na questão do acolhimento, da forma como ele vem sendo trabalhado nas unidades básicas de saúde. Tem ficado clara a sua potência como dispositivo analisador do processo de trabalho, porém se ele for entendido, como está sendo predominantemente, como mais uma atividade da enfermagem, nós estaremos reforçando a idéia da clínica, cujo desenvolvimento será inevitavelmente recorrer para a figura do médico ou do enfermeiro.

Mas se pensarmos o acolhimento como uma atitude, uma mudança de postura diante da dor e do sofrimento, teremos que enfrentar o problema e o atendimento às necessidades de saúde do paciente de forma integrada, com ações articuladas, o que eleva muito a potência de resolutividade, de humanização e de acolhimento tanto dos trabalhadores de saúde como do serviço. Aí poderia residir uma das cenas que incorporariam processos transformadores e possibilidade de experimentar momentos de maior satisfação no trabalho, através da rediscussão dos diferentes processos.

Observo que a enfermagem inicialmente rejeitou o acolhimento, para posteriormente assumi-lo numa perspectiva clínica. Penso que o problema essencial também não é esse, uma vez que o cuidado é uma das dimensões do processo de trabalho da enfermagem, mas se ele não estiver articulado com os outros processos, quais sejam, o processo de gerenciar e de educar e esta articulação não for feita em torno de um determinado projeto de saúde construído a partir da publicização dos vários projetos em disputa, poucas chances teremos de buscar a unidade da enfermagem na sua diversidade.

O cuidado do ser humano, entendido em sua complexidade como objeto epistemológico da enfermagem, tem levado à produção do conhecimento na área da enfermagem, voltado prioritariamente para este campo, ou seja, o cuidado com o corpo, vivido em todas as suas dimensões.

Uma vez que o cuidado é objeto epistemológico, todo o desenvolvimento tecnológico sobre o cuidar deve recair sobre a lógica da necessidade/demanda da clientela e não apenas sobre a lógica institucional. O cuidado visto como ação deve impulsionar a enfermagem para o aprofundamento de todas as suas dimensões sem que a enfermagem perca sua identidade (LEOPARDI et al., 2001). O cuidado, visto por esta perspectiva poderia auxiliar na discussão sobre a epistemologia do cuidado que perpassa todas as profissões da área da saúde.

No subtexto da identificação dos vários silêncios, salientam-se as diferentes propostas relativas ao cuidado, que necessariamente, serão traduzidas em projetos específicos. A disputa política em torno de projetos velados dá muito mais conta da sua semelhança do que ajudam a entender as complexidades presentes nas diferenças.

Quanto à questão da publicização dos projetos, encontrei no relato de uma das enfermeiras, a seguinte colocação:

“Eu estou sentindo a necessidade de ser mais explícito. Isto está pegando muito pra mim” (E-2).

De acordo com LEITE et al (1999), a caracterização do novo modelo assistencial, a estratégia e saúde da família, tem colocado em seu horizonte a perspectiva da responsabilização dos trabalhadores da saúde em relação aos problemas apresentados pela população. As autoras, ao analisarem o acolhimento enquanto estratégia de construção do novo modelo técnico-assistencial, nos apontam que ele está apoiado nas seguintes premissas:

- *Adesão dos profissionais, principalmente dos auxiliares e enfermeiros;*
- *Humanização da relação serviço x profissional de saúde x usuário;*
- *Facilidade e aumento da cobertura, utilizando ao máximo a capacidade instalada;*
- *Inversão da lógica atual do atendimento a partir da demanda espontânea e por ordem de chegada;*
- *Recomposição do processo de trabalho. O trabalho ainda estava muito centrado na atenção clínica individual;*
- *Responsabilização do acolhimento pelos auxiliares de enfermagem;*
- *Atendimento orientado para as ocorrências clínicas (LEITE et al, 1999).*

De acordo com Mendes¹, a organização e distribuição das ações de saúde têm que ocorrer na direção da associação de práticas de atendimento à demanda espontânea e de vigilância à saúde.

Em estudo realizado por LEITE et al (1999), verificou-se que a concepção de acolhimento é semelhante entre os profissionais do serviço. Há o reconhecimento de que houve uma importante mudança na prática de enfermagem. Contudo, pode-se identificar que o acolhimento é realizado como mais uma atividade,

¹ MENDES *apud* LEITE, J. C. A.; MAIA C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorientação da assistência de enfermagem . **Revista Brasileira de Enfermagem**, 52(2) : 161-68, 1999.

[...] O acolhimento é praticado como mais uma atividade, mais um 'setor', uma sala, um 'caixotinho' dentro da unidade. Com instrumentos próprios, lugares próprios, agentes próprios, como se fosse mais um serviço, sendo oferecido. Há lugar, hora e separação por clínica para a oferta do 'acolhimento' (LEITE et al., 1999, p.164).

Ainda segundo as autoras, o acolhimento foi identificado como sendo uma triagem humanizada. Com retaguarda do médico e do enfermeiro, que não participam diretamente do acolhimento.

Entre as dificuldades apresentadas para a realização do acolhimento, aparecem a falta de articulação da equipe, não compreensão do processo de trabalho, falta de protocolos clínicos, acúmulo de trabalho para o enfermeiro. Todos os profissionais identificam que os maiores problemas em relação ao acolhimento é a falta de espaço físico, a demanda muito alta e falta de profissionais. Contudo o acolhimento representa um grande avanço e coloca novos desafios para a construção de processos de trabalho em saúde.

Em algumas falas podemos conferir o que se considera acima:

“A gente tem pouco funcionário, não tem como destacar um deles para fazer o acolhimento. Você fica no acolhimento sozinha e não acolhe em equipe, não faz coisas que são suas mesmo, que é de gerenciar, de cuidar da equipes, de tirar dúvida, tem muita gente que eu nem vejo e que precisa de eu estar perto e isto me angustia, porque eu não dou conta ainda” (E-2).

“Não tem consenso do que é acolher na unidade. Eu tenho um entendimento que acolher é diferente do que é hoje na atualidade” (E-1).

3.2) Análise das necessidades de saúde

Segundo SÁ (1999) as exigências para a profissão, na vigência do novo modelo tecno-assistencial, colocam para os profissionais da saúde em geral e da enfermagem em especial, o desafio de se constituírem em indivíduos que disponibilizem suas práticas a serviço da vida, implementando novas experiências, inaugurando novos processos de trabalho, humanizando o atendimento, acolhendo e resolvendo as necessidades de saúde da população.

Atualmente se observam duas grandes tendências na formação e na escolha do fazer na enfermagem; de um lado o crescimento das especializações dentro da profissão, a competição entre outras profissões congêneres e o desenvolvimento de habilidades com as tecnologias modernas e, por outro, a Estratégia da Saúde da Família.

A Estratégia da Saúde da Família implica em mudanças que abarcam um conjunto integrado de elementos, nos âmbitos cognitivos e tecnológicos e nas culturas organizacionais (URBANO, 2002). O autor nos adverte sobre as conseqüências previstas para a formação dos profissionais:

- *A desospitalização do processo de ensino/aprendizagem;*
- *Aprendizagem baseada em problemas;*
- *Aprendizagem baseada em evidências;*
- *Aprendizagem direcionada para a aquisição de competências básicas cognitivas e tecnológicas;*
- *Adoção da transdisciplinaridade com vistas ao conhecimento (URBANO, 2002, p.143).*

De acordo com MATUMOTO et al. (2001), a saúde pública como campo de saberes e práticas, está demarcada pela intervenção técnica e política do Estado na assistência, por meio de ações de caráter preventivo e de promoção à saúde, com ações de assistência médica e de reabilitação, além das políticas dirigidas ao coletivo.

Por coletivo entende-se um campo estruturado de práticas sociais e que serve como referência para a estruturação de práticas sanitárias, quando o próprio objetivo destas práticas adquire historicidade. Assim, o homem é visto como um ser social em constante relação com os outros homens e com o seu meio, transformando-o e sendo transformado por ele, ou seja, um protagonista da ação de saúde que se constrói.

O objeto da saúde coletiva são os corpos sociais e, portanto, pela sua complexidade, exige práticas interdisciplinares que vão se dando dentro da equipe de saúde, por meio da identificação e respeito ao núcleo de competência e responsabilidade de cada profissional e pelos campos de competência e responsabilidade comuns a todos os trabalhadores de saúde (CAMPOS, 1997).

Em alguns relatos podemos observar o desejo de que o trabalho conjunto ocorra:

“O trabalho da gente é junto. É uma equipe”(AE-1).

“Eu acho que o trabalho é em equipe . Eu sozinha não vou conseguir nada. Sem a ajuda do médico, do enfermeiro, do faxineiro, do administrativo não dá. Acho que tem que ser um trabalho conjunto, um ajudando o outro, senão o trabalho não sai”(AE-5).

“Acho que seria bom melhorar o trabalho em equipe. Assim fica mais fácil de enfrentar os obstáculos”(AE-9).

“Que eu aprenda e que aprendam comigo”(AE-6).

“Eu vejo o trabalho aqui como uma engrenagem, desde o meu primeiro trabalho. Sua família é uma engrenagem, o trabalho é uma engrenagem, o casamento é uma engrenagem, se de repente você não põe óleo, não funciona direito. O óleo pode ser qualquer coisa, um pouco de atenção, respeito mesmo. Às vezes não que a pessoa é chata, mas às vezes você se chateia porque ela não vê o mundo do mesmo jeito que você vê”(AE-7).

“Acho que precisamos de maior resolutividade no trabalho, com mais autonomia, superar as dificuldades de trabalhar em equipe e ter vida nova”(AE-9).

A equipe de saúde deve ser entendida como uma rede de relações tecida no cotidiano, entre agentes que possuem saberes distintos e dotados de certa disponibilidade para reconhecer e respeitar suas especificidades no trabalho. A enfermagem, enquanto uma prática social em inter-relação com outras práticas sociais, o faz a partir da produção do conhecimento, da reprodução sócio-econômica e política e na inserção dos sujeitos.

MACHADO e COLVERO (1999) colocam a necessidade de se discutir a questão do relacionamento interpessoal na ação de cuidar pela enfermagem, destacando o papel da subjetividade neste processo. Para as autoras, o relacionamento interpessoal e a comunicação terapêutica são instrumentos do processo de cuidar, sendo esta última entendida como uma técnica que deve ser apropriada e incorporada para ser utilizada no processo de cuidar.

Considerando a grande ênfase que tem sido dada ao aprimoramento de técnica de comunicação, há que se ter atenção para não se perder a possibilidade de existirem neste espaço, as reflexões, a ética, a criatividade e o desenvolvimento do cuidado, centrado na subjetividade de quem cuida e de quem é cuidado.

Neste processo o sujeito deve ser recuperado, admitindo que o lugar que ele ocupa na sociedade é um lugar de conflito e que sua compreensão do mundo se dá a partir de significações que ele constrói.

Em TEIXEIRA (2000), encontramos a consideração de que para que a interação ocorra entre enfermeiro e cliente, é preciso saber ouvir o discurso do outro que expressa sua subjetividade e demonstra os recursos utilizados pelo cliente para realizar o seu autocuidado.

Neste encontro, tanto o cuidador quanto o cliente produzem suas subjetividades em suas singularidades.

A enfermagem é vista como uma prática das relações que se utilizam de um saber constituído que se transforma em cada momento histórico e modifica estas relações com os agentes de enfermagem, com os trabalhadores de saúde, com o usuário, com a sociedade. Para as autoras, o desafio da enfermagem de saúde coletiva está na defesa de um projeto em defesa da vida, que passa pela defesa do SUS na dimensão da ética do cuidado. O desafio está em definir se nos propomos a manutenção das coisas ou se, deliberadamente, queremos a transformação social da realidade.

Para MISHIMA et al (2003), a produção do cuidado na atualidade reclama por trabalhadores que se apresentem como GENTE, se reconhecendo no trabalho, articulando suas práticas, com finalidades para o trabalho e com necessidades dos usuários.

Instrumentos como o planejamento participativo, que incluem os trabalhadores e usuários em proposições e ações de saúde, ainda não estão na agenda da maioria dos gestores e gerentes. Por outro lado a produtividade é cobrada tanto nas esferas municipais como estaduais e federais (MISHIMA, 2003, p. 153).

Para MATUMOTO et al. (2001), as necessidades de saúde são as necessidades sociais e o projeto para a enfermagem deve ser traçado a partir da identificação destas necessidades sociais do indivíduo, família e coletividade no âmbito do SUS, como maneira de reafirmar saúde como um direito de todo cidadão, que deve ser garantido pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

O trabalhador tem potência de trabalho com certa autonomia em decidir coisas e fazer coisas que as práticas de planejamento e gerência não alcançam. MERHY (1997) denomina esta autonomia de autogoverno e é este poder que faz com que o trabalhador lance mão de todo o seu arsenal tecnológico no momento do atendimento ao usuário e, neste encontro, nesta relação estabelecida, o trabalhador se apresenta com todos os seus desejos, individualidade, paixões, sentimentos, ódios, e nela pode objetivar as suas subjetividades.

Temos então que a objetividade se manifesta na interseção e configura-se na micro-política do trabalho vivo em saúde, colocando em pauta um modo de fazer, agir, governar, produzir bens e relações. Isto posto, e considerando a enfermagem como uma prática das relações, as autoras compreendem que este trabalhador pode utilizar suas tecnologias de modo a alavancar qualidade nestas relações, privilegiando o vínculo, o respeito, a escuta, o acolhimento, o estímulo à autonomização do usuário, família e comunidade, estabelecendo assim linhas de escape da sua realidade de trabalho instituída de forma estruturada, com forte herança mecanicista e autoritária.

Em alguns relatos podemos identificar como as necessidades de saúde são concebidas por alguns membros da equipe do serviço e que de certa forma podem vir a revelar a própria concepção de saúde que se tem:

“O que dificulta um pouco é a população que vem muito procurar consulta e às vezes a gente não tem tanta consulta para oferecer. Tudo que aparece eu procuro atender, procuro fazer com carinho, com amor. Eu trabalho desta forma” (AE-1).

“A pessoa não vem por acaso ao serviço, ela tem problema, ela está precisando de alguma coisa. Só que ela chega e o sistema praticamente barra ela, porque não dá condições de você atender bem aquela pessoa. Você quer solucionar, você quer ver ela bem, mas são tantos os impedimentos, que ela vai embora e você fica triste. Então o meu desejo é conseguir satisfazer aquela pessoa e o bem - estar dela, independente de fatores internos ou externos” (AE-3).

“ As coisas desagradáveis chegam e você tem que tomar uma atitude. A pessoa está na sua frente, não tem médico, você está sozinha, você recebe e não tem como falar não. Então eu acho que a inauguração do centro foi uma conquista, eu sonhava com isso desde que eu vim para o Valença” (AE-6).

Há a identificação de uma tendência da enfermagem de abordar o cliente baseando-se no atendimento das necessidades humanas básicas, caracterizando a ação cuidadora como instrumental e funcional. Esta conformação da ação cuidadora predominante na enfermagem encontra eco quando da manifestação, por parte do cliente, de necessidades de saúde que se circunscrevem aos aspectos biológicos. Contudo, há que se tentar perceber a dimensão subjetiva do cuidado, que considera tanto os aspectos afetivos e emocionais do cliente, quanto a seu modo de viver, suas crenças, seus hábitos, sua cultura, nem sempre compatíveis com o discurso e a prática cientificista hegemônicos, expondo o transbordamento desse continente inadequado que coíbe a manifestação de outros referenciais de auto-ajuda. Portanto, o reconhecimento da subjetividade no processo do cuidado é de fundamental importância para a busca da transformação do indivíduo no seu modo de viver a vida e objetiva a resolutividade.

Para MANDU e ALMEIDA (1999, p. 56),

os homens e suas necessidades fazem parte da história e estas englobam dimensões físicas, psíquicas e sociais, relacionadas à essência-existência humana e aos carecimentos decorrentes do rompimento das suas relações com a natureza, com outros seres e consigo.

O trabalho humano é possuidor de intencionalidade de transformar uma dada realidade, fenômeno ou objeto. Este trabalho ocorre a partir da utilização de instrumentos ou tecnologias, e a intencionalidade com que ele se desenvolve não depende apenas da vontade do trabalhador, mas também da orientação dada pelas necessidades estabelecidas socialmente.

Para MERHY (1997), no trabalho em saúde podemos considerar as necessidades tanto na perspectiva de sua determinação social quanto na perspectiva de pertencerem a determinados grupos sociais.

A preocupação em ampliar o atendimento, no sentido de acolher as necessidades da população, podem ser encontradas no seguinte relato:

“O PAIDÉIA traz esta coisa da região que eu não acho bom. Se o paciente te procura e ele não é da região ele tem que ser atendido. Estas coisas são desagradáveis” (AE-6).

Na enfermagem, encontramos teorias que tratam das necessidades básicas, dentre elas a teoria de Wanda de Aguiar Horta, que tem sido considerada como referência para a enfermagem brasileira. Segundo esta autora, cabe à enfermagem o atendimento às necessidades básicas do ser humano, entendido como cuidado de enfermagem, subsidiado por saberes das ciências biológicas, físico-químicas e psicossociais. Promover e manter o equilíbrio do organismo, resolver os desequilíbrios e estimular a autonomia do ser humano das práticas profissionais em saúde constituem-se tarefa central da enfermagem. As necessidades básicas são aquelas decorrentes de desequilíbrios do ser humano, família e comunidade (MANDU e ALMEIDA, 1999).

Em que pese não ser objeto deste trabalho realizar uma discussão mais profunda sobre as teorias da enfermagem em geral e a teoria das necessidades básicas de Wanda Horta, vale ressaltar que esta teoria não atende à complexidade das necessidades do ser humano, uma vez que sua ênfase é funcional e natural. As necessidades estão descritas de forma hierarquizada e segmentada, uma vez que o homem e suas necessidades não são considerados a partir de uma perspectiva histórica.

As necessidades não podem ser universalizadas/naturalizadas, uma vez que o homem é mais do que uma estrutura orgânica / biológica 'natural'. Elas não podem ser reduzidas a processos de tensão originados por desequilíbrios. Uma visão social e histórica da vida humana incorpora a visão de que as carências derivam de processos físico-sociais-de condições de subsistência, de relações de desigualdade, de exploração, de dominação. De resistências, expressas coletiva e individualmente, e da totalidade do ser humano em que se incluem a necessidade de sobrevivência, de auto-desenvolvimento e emancipação, de cuja garantia depende da saúde (MANDU e ALMEIDA, 1999, p. 62).

Ao considerarmos as necessidades básicas por este ângulo de visão, temos que pensar em práticas de saúde e de enfermagem como processos de trabalho que se articulam para atender os sujeitos a partir das suas condições concretas de existência.

Diante desta forma de entender as necessidades de saúde, o processo de trabalho da enfermagem, sobre a episteme do cuidado, há que ampliar conteúdos e olhares.

Para PATRÍCIO (1996), por exemplo,

No processo de trabalho da enfermagem, administrar serviços de saúde de qualquer natureza, é um processo de cuidar indireto. Cuidar indireto envolve atividades de educação e de planejamento, organização, coordenação, acompanhamento, avaliação e que todas essas atividades envolvem interações humanas de diferentes culturas, saberes e sentimentos (PATRÍCIO, 1996, p.60).

De acordo com BARTOLOMEI (2003), o cuidado para a enfermagem do Centro de Material e Esterelização é sempre indireto e possui como principal instrumento o saber administrativo voltado para o campo das tecnologias leves-duras. Contudo, a autora nos adverte de que mesmo diante desta realidade de trabalho da enfermagem, a dimensão do cuidado está presente, pois ela é a referência para a organização desse processo de trabalho.

Afinal depende da qualidade desses material a realização da realização do cuidado adequado.

Para PEDUZZI e ALSEMI (2002), no modelo clínico hospitalar, o enfermeiro vive um conflito importante entre trabalhar o cuidado direto compartilhando-o com o auxiliar, ou assumir as suas atribuições o planejamento e a coordenação deste cuidado expressos pela Sistematização da Assistência de Enfermagem. Para as autoras:

Não se trata de um dilema pessoal, mas sim de uma contradição presente no modelo de organização do trabalho de enfermagem, pois a SAE, como instrumento de trabalho vem reproduzindo a rígida e disciplinada divisão do trabalho em enfermagem que por sua vez, expressa a cisão entre concepção e execução (PEDUZZI e ANSEMI, 2002, p.396).

A questão da divisão técnica do trabalho tem sido amplamente discutida pela enfermagem, como sendo um dificultador na busca da unidade da enfermagem em torno de um projeto de saúde que, assumido por ela, passa a ser um projeto da enfermagem também.

Em relação a este aspecto, temos os conflitos gerados no interior da enfermagem, identificado em alguns relatos:

“Você acaba tendo conflitos, [...] mexer com o subjetivo é muito difícil” (E-1).

“Acho que não tem problema fechar a farmácia durante a coleta. O atendimento é fraco. Mas a enfermeira definiu que a farmácia não deveria ficar fechada durante a coleta e na hora do almoço. Tem funcionário que reclamou da farmácia ficar fechada. Hoje ela não

fecha mais. Eu atendo pouca gente nesses horários, mas fazer o quê?”

Neste relato pude perceber que as decisões nem sempre são compartilhadas. Elas são tomadas por quem hierarquicamente dirige as ações e são comunicadas. A farmácia ficar aberta ou não nestes horários não é apenas uma questão de gosto. A discussão passa por qual o modelo de atenção à saúde que se deseja construir, cujo pressuposto ao meu ver, deva ser aquele que defenda a ética no cuidado e, portanto, a farmácia deve estar aberta para atender, não importa quantos pacientes, e sim que ela atenda o paciente quando ele precisar e puder comparecer ao serviço.

Até que ponto estas discussões são publicizadas e disputadas? Até que ponto a enfermagem aproveita estes espaços públicos para construir a hegemonia em torno de idéias que representem um modelo de saúde comprometido com as necessidades de saúde da população? Penso que o enfermeiro, ao priorizar a sua supremacia de mando no interior da enfermagem, a faz valer pelo poder conferido à ela, pela divisão técnica do trabalho, contribuindo para o acirramento dos conflitos na enfermagem.

FORTUNA et al (2002), ao discutir a relação dos trabalhadores da saúde com os processos de gestão propõe um distanciamento da expressão recursos humanos, pois considera que os trabalhadores da saúde são sujeitos sociais em processo de relacionamento, não sendo mais um recursos como os físicos e materiais. Portanto se refere a estes sujeitos como trabalhadores da saúde. Neste, sentido a proposta de criação das equipes de referência, do processo de co-gestão pode contribuir com a organização de outros modelos tecnológicos em saúde.

SILVEIRA E LUNARDI (2000), ao problematizarem o cotidiano de trabalho da enfermagem, o fazem junto às enfermeiras e auxiliares de enfermagem da Unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário. Utilizando-se do referencial teórico metodológico de Paulo Freire, as autoras se apropriaram dos conceitos de problematização e conscientização, aqui entendidos como forma de apreensão da realidade para sua efetiva transformação, para conhecer as principais dificuldades enfrentadas pela enfermagem em seu cotidiano de trabalho. Obtiveram, como principais resultados, a manifestação dos

participantes dos grupos focais de que o trabalho é importante em suas vidas e que se sentem muito úteis quando cuidam de alguém, pois as trocas estabelecidas por meio do cuidado fortalecem o reconhecimento da condição humana do paciente e do trabalhador.

Contudo, há a identificação de que o trabalho pode ser fonte geradora de insatisfações e desencadear sentimentos de angústia e depressão. Expressam a sua compreensão acerca da necessidade de se ter compromisso e consciência para o exercício da enfermagem.

As dificuldades de relacionamento na equipe de enfermagem não foram esquecidas, como geradoras de inúmeros conflitos. Os participantes puderam falar de si e do outro, percebendo o que nele e no outro havia de facilitador e dificultador para a construção de um trabalho coletivo, o que resultou em um fortalecimento do grupo, pois puderam refletir sobre sua forma de ser e agir com mais envolvimento no grupo e mais consciência crítica.

Encontramos, em ASSIS et al. (1996), valiosa contribuição para a área da saúde pública, no que se refere ao processo de gestão nas unidades básicas de saúde e sua articulação com os campos técnico, político e social por meio de práticas cotidianas realizadas interdisciplinarmente e interinstitucionalmente, estabelecendo alianças, compromissos e mediações. Além da disputa acirrada, tendo de um lado interesses diferenciados e, de outro, a concepção do processo saúde/doença baseado no modelo biomédico, há a necessidade de enfrentamento da realidade dos serviços de saúde resistência dos trabalhadores da saúde em alterarem sua visão para uma imagem mais positiva, que ultrapasse os limites medicalizantes e burocráticos da saúde.

Segundo as autoras, se partirmos de um projeto que vise à construção de uma prática de saúde individual e coletiva inclusiva da totalidade, os sujeitos inseridos nesta totalidade podem se inter-relacionar com os espaços sociais, físicos e culturais. Tendo como referência este projeto, analisam o processo de territorialização de uma Unidade Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, como possibilidade estratégica de gestão na rede básica e instrumento da gerência cotidiana.

Pensar a territorialização pressupõe admitir que ela possibilita a interconexão com as dimensões políticas, técnicas e ideológicas, que permitem o conhecimento da dinâmica concreta da realidade, em permanente construção e transformação.

Os atores sociais disputam projetos diferentes no micro-espço da esfera política e, num processo de acumulação de forças políticas e de poder, determinarão a viabilização de algum projeto, seja ele articulado a processos de dominação, ou articulados a processos de libertação do instituído.

Com relação à epidemiologia, estaria referenciada pela dimensão ideológica, na qual se faz uma opção por um modelo assistencial que amplie a concepção do processo saúde/doença e, portanto, tome a epidemiologia como norte principal na interligação entre fatores sociais e culturais na conformação das necessidades de saúde.

Já a dimensão técnica estabelece uma relação imbricada com as dimensões anteriormente referidas, utilizando tecnologia e conhecimentos compatíveis com o espaço institucional.

MERHY (1994), CECÍLIO (1994) e CAMPOS (1992, 1994) discutem que o processo de trabalho centrado na epidemiologia não tem conseguido responder satisfatoriamente ao processo saúde/doença e a suas necessidades de saúde, uma vez que se nega a demanda real por atendimento médico individual, reivindicado pelo usuário. De acordo com os autores, a organicidade e a especificidade dos atores sociais que disputam interesses e projetos nos espaços institucionais são anuladas. Como caminho alternativo, os autores propõem um modelo estratégico de gestão, que combine ações tecnológicas mais consolidadas pela saúde pública, com assistência médica para a demanda da clientela.

O reconhecimento da legitimidade da clínica não implica em centralizar a assistência ainda mais na figura do médico; pelo contrário, deve ser estimuladas as práticas interdisciplinares e multiprofissionais, como forma de descentralizar o atendimento, dar mais agilidade ao serviço, ampliar a resolutividade e o cardápio, com a criação de uma nova lógica, baseada nos conceitos de vínculo, acolhimento, acesso, resolutividade, autonomia dos usuários. Em verdade, esta deveria ser uma postura assumida em qualquer

instituição de saúde, seja hospitalar ou pertencente à rede básica. Ocorre que, na rede básica, o campo expõe predominantemente essa necessidade; enquanto, no hospital, pela situação de excepcionalidade absoluta a que está submetido o usuário, marcado por um problema morfofisiopatológico, o desenho deste serviço, expresso pelo modelo de gestão e também pelo processo de trabalho dos trabalhadores em saúde, seria definido pelos sujeitos sociais envolvidos nas instituições, [dirigentes, trabalhadores e usuários], articulados com o processo de construção de subjetividades que, com seus saberes e ações, podem conformar seus sentidos, significados e intervenções.

O trabalho desenvolvido por ASSIS et al. (1996) apontou muita resistência dos trabalhadores em alterar o modelo.

3.3) Análise da subjetividade

Para CAMPOS (1994) e MERHY (1994), a participação e efetivação dos trabalhadores como agentes transformadores é de importância fundamental na [re]construção dos serviços de saúde.

Entretanto, ainda temos o predomínio de processos de trabalho que refletem a resistência em fazer uma busca diferente para a melhoria da qualidade da assistência prestada em saúde. Um deles é o da enfermagem que organiza o seu trabalho assistencial de forma compartimentada, com ausência de espaços de planejamento e debate coletivos. Contudo, segundo PIRES (2000), é possível encontrar algumas tendências inovadoras.

Uma delas passa pela idéia de que a enfermagem é predominante na grande maioria dos serviços, e para operar mudanças na fragmentação da sua prática, bastaria que o cuidado integral fosse implementado, considerando que a busca da superação desta dicotomia entre a concepção e a execução, entre o trabalho manual e intelectual, poderia ocorrer em uma situação de definição de um projeto coletivo em defesa da saúde e vida.

Uma outra tendência estaria consubstanciada no trabalho cooperativo, de caráter interdisciplinar, desenvolvido pelos trabalhadores da saúde, sem, contudo, especificar em torno de que projeto esta interdisciplinaridade se concretizaria.

Em pesquisa realizada por LIMA (1998), sobre o protagonismo da enfermeira na produção do cuidado no cotidiano de trabalho em saúde, ela nos oferta um material riquíssimo sobre o processo de trabalho da enfermagem em uma instituição hospitalar, demonstrando que há necessidade de se produzirem modelos de gestão mais compartilhados, a partir do [re]conhecimento da realidade concreta do cotidiano de trabalho vivido pelos profissionais de saúde e até para que se operem as mudanças. A autora elege dois atores de maior significância: os cursos de graduação e os serviços de saúde.

Com relação à formação de enfermeiros, encontramos nas reflexões de SILVA et al. (2000) a preocupação com a perspectiva de formação que está colocada para a enfermagem brasileira para este século. A opção será por manter a tendência de privilegiar políticas oficiais, de organismos nacionais e internacionais ou incorporar de forma crítica e radical movimentos democráticos da sociedade e do setor saúde?

As autoras defendem a idéia de que os trabalhadores de saúde são agentes centrais de mudança, dentre eles a enfermagem. Sendo assim, indicam, como pontos fundamentais a serem considerados no ensino de graduação em saúde e em enfermagem, a discussão sobre as políticas de saúde contemporâneas com destaque para o processo de municipalização.

Em trabalho realizado por VILLA et al (1989), com enfermeiros da rede básica e da área hospitalar, constatou-se que, em relação à administração da Assistência de Enfermagem, os enfermeiros, pertencentes ao dois níveis de assistência, não seguem as etapas do planejamento participativo como subsídio ao cuidado humano, no sentido da coerência epistemológica.

Talvez fosse importante pensar sobre o perfil do profissional que precisamos ter nos serviços e nos comprometer a formá-los.

De acordo com TEIXEIRA e MISHIMA (2000), os trabalhadores da enfermagem na vigência da estratégia da saúde da família, tendem a um perfil mais humanizado com ações mais integralizadas.

Ainda sobre a formação dos profissionais de enfermagem, encontramos, em DE SORDI (2003), a consideração de que é necessário assumirmos a dimensão política da formação destes profissionais, como meio de buscarmos a unidade entre profissão e realidade social.

Para PAIM (2000), as reformulações curriculares podem não ser suficientes para promover as mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde. Ressalta que o estabelecimento de parcerias institucionais, a inserção e o contato precoce dos acadêmicos nos serviços e o estabelecimento de fóruns de discussões constantes para refletir a dinâmica do setor saúde são de fundamental importância.

Para a formação do profissional de saúde pública deve-se privilegiar:

- a. *capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza;*
- b. *compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde;*
- c. *exercício de um agir comunicativo ao lado do pensamento estratégico;*
- d. *habilidade para proceder denúncia de situações e conhecimentos de interlocutores;*
- e. *tolerância e diálogo em situações de conflito;*
- f. *atenção a problemas e necessidades de saúde;*
- g. *senso crítico quanto a efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas;*
- h. *permanente questionamento do trabalho e dos projetos de vida (PAIM, 2000).*

DE SORDI e BAGNATO (1998, p. 85), indicam que:

o que vai determinar se uma formação profissional se dá num sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador e tecnicista, em grande parte é o modo de entender e fazer educação, de como ela é trabalhada em sala de aula, espaço de interação entre professores e alunos.

De acordo com VILLA et al. (1989), com o movimento da Reforma Sanitária vários foram os desafios colocados para o ensino de enfermagem. No que se refere especificamente à área da administração, no novo modelo, proposto pela Reforma Sanitária, o enfermeiro desenvolve atividades de gerenciamento da UBS devendo entender a gerência como instrumento de trabalho voltado para a qualidade do cuidado prestado à população, além de desenvolver um perfil que contenha habilidades cognitivas e operacionais, repousadas na ética do comprometimento para efetuar as ações planejadas (URBANO, 2002).

Como ocorreram várias manifestações de preocupação com o trabalho em equipe, entendi que este tema deveria ser selecionado para ser discutido na entrevista coletiva, cujas principais manifestações podemos observar a seguir:

“Eu acho que temos problemas, eu até fiquei achando difícil fazer amigo secreto. Que clima temos para fazer isso? Mas de repente pode até começar uma nova fase” (AE-3).

“Houve um momento em que parecia que a equipe ia se quebrar, depois foi melhorando. A gente foi conversando e vendo que as situações que foram criadas foram por pessoas externas à nossa equipe. Aí nós começamos tudo de novo. O clima de companheirismo e de ajuda mútua foi recuperado, voltou. A equipe de médicos é unida, acontece alguma coisa um defende o outro, acho que na enfermagem tem que acontecer isso também” (AE-4).

É interessante notar como a equipe manifesta apreço por e com seus integrantes, e que as dificuldades encontradas muitas vezes são atribuídas a outros, como se eles não fossem os responsáveis pelas dificuldades que enfrentam, ou talvez este gostar mútuo dificulta e/ou impede um olhar mais criterioso para o interior das relações do grupo. Há uma tendência e um desejo em fortalecer a enfermagem, porém de uma forma ainda

corporativa, que coexiste com idéias que indicam o fortalecimento da enfermagem relacionado à defesa de um projeto que não seja propriedade de uma ou outra corporação profissional, mas sim do serviço.

“Aqui todo mundo, toda a equipe é boa. Às vezes eu fico pensando, se tem esta condição porque as coisas não andam, emperram? A equipe se dá bem. Porque não conseguimos andar com projetos?”
(AE-5).

Segundo (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000, p.144):

O trabalho em equipe é uma prática que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem. Neste sentido há duas dimensões: a articulação das ações e a interação dos profissionais.

Como aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe, os participantes entenderam que:

“Eu acho que é falta de um projeto que seja de todos, do centro de saúde e não da enfermagem, dos médicos” (AE-1).

“Tem coisas que a gente pode fazer, tem outras que não. Todo mundo sabe o que pode fazer e o que não pode. A gente tem limitações, aí quando a bomba explode você pode fazer tudo”
(AE-2).

“Teve época com muita restrição, agora já está mais liberado”
(AE-3).

“Aí entra a ética. A enfermagem não trabalha para o médico e sim ao lado dele. Conhecer o limite do conhecimento da gente é importante. Temos uma questão ética. Nós temos que saber o que cabe a cada um de nós” (AE-4).

“Eu acho que na rede básica a gente tem mais possibilidade de fazer um trabalho conjunto” (AE-6).

Estes aspectos me fazem pensar que, contraditoriamente ao desejo de mudanças, há muitas amarras colocadas em vários níveis, passando pelo conhecimento, pelos órgãos de representação de classe, pelas lutas pelo poder no ambiente de trabalho e pelo significado social dado à enfermagem. Contudo, tendo a concluir, que em processos de trabalho inovadores, muitas são as possibilidades de criação e re-criação de prática que podem ser desenvolvidas a partir de formulações e construções no campo da ética, que vão para além do estabelecido pelos nossos órgãos de representação de classe, que desconhecem muitas vezes as construções históricas que fazemos no nosso cotidiano de trabalho e de luta em defesa da saúde pública.

Na tentativa de firmar um contrato entre os participantes, com vistas à implementação de novas posturas em relação ao trabalho em equipe, foi lançada a idéia de que eles pudessem fazer um pedido para a equipe de enfermagem do centro de saúde Itajaí.

Assim aí estão:

“Eu gostaria de mais autonomia, mais segurança, acho que é o que falta pra gente” (AE-1).

“Eu queria pedir mais participação” (AE-2).

“Mais autonomia, mais firmeza nas posições” (AE-3).

“Que todos possam trabalhar mais felizes” (AE-4).

Os demais participantes entenderam que estavam contemplados pelas falas dos colegas.

Diante do material analisado, vejo que o processo de trabalho na atenção primária revela as contradições existentes entre o desejo da participação e o comodismo, e até mesmo, a ausência de seus membros em se colocarem como atores co-responsáveis pelos processos transformadores.

A análise do material também permite identificar a contradição presente entre o desejo de se ter autonomia no trabalho e a atribuição da conquista desta autonomia ao outro, como uma concessão, além da contradição entre a necessidade de firmeza, o

autoritarismo e a dependência. Estas questões parecem sintetizar o eixo organizador dos dispositivos de transformação, imprescindíveis ao enfrentamento das situações - problema, das discussões clínicas aos problemas sócio culturais e de equipe que entram no campo do fazer saúde cuidando, gerenciando e educando .

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grande parte das sínteses foram realizadas durante o processo de apresentação, análise e discussão do conteúdo do estudo. Não pretendo ser repetitiva e muito menos apresentar conclusões fechadas, pois o caminho para a próxima viagem continua em aberto, porém penso ser necessário destacar algumas questões que poderão ajudar na continuidade do presente estudo.

A aproximação do processo de trabalho da enfermagem na atenção primária proposta pelo presente estudo possibilitou o reconhecimento do intenso potencial presente na enfermagem para implementar mudanças dirigidas a processos transformadores profundos.

Contudo, verifico que, contraditoriamente a este potencial, há uma delegação a pessoas e/ou instâncias hierarquicamente superiores para operarem estas mudanças.

A articulação do trabalho da enfermagem com outros trabalhos na atenção primária é reconhecida muito mais pela dependência de ações e de outros profissionais, do que pela interdisciplinaridade e multiprofissionalidade que deveriam caracterizar o projeto de saúde coletiva para atenção primária. O êxito ou não da resolução dos problemas enfrentados no cotidiano fica condicionado à capacidade individual que cada um implementa nos relacionamentos interpessoais.

Considero que não há uma caracterização clara do projeto da enfermagem para a saúde na atenção primária, mas há um movimento que indica uma tendência conservadora, em termos políticos e ideológicos, quando se trata da definição dos pressupostos que devam nortear um projeto de saúde na atenção primária.

A enfermagem se apresenta, no serviço, marcada nitidamente pela disputa técnica e profissional, aspecto que legitima um modelo de saúde do tipo intervencionista apenas, e não um modelo consubstanciado no pressuposto da ética do cuidado.

A construção do projeto coletivo, colocado de forma secundarizada, abre espaço para a tentativa de construção de um projeto próprio da enfermagem, colocado em primeiro plano, que passa pela valorização profissional e pela conquista de espaços que ampliem a sua atuação. Sem dúvida estes aspectos são desejáveis, mas estariam invertidos

em sua ordem de grandeza, caso houvesse em curso, a construção de um projeto coletivo, cuja participação de todos os atores sociais estivesse representada em condição de simetria de compromisso com esta construção.

Não percebo que haja uma tendência em pensar a divisão técnica do trabalho na enfermagem na perspectiva de sua superação e na busca por uma unidade da/na enfermagem; pelo contrário, vejo muito mais a tentativa de uma coexistência desta situação, baseada na aceitação de que esta divisão é inevitável e portanto deve-se encontrar uma forma de aceitá-la, tentando cada um fazer o melhor em seu “espaço”. Os conflitos advindos desta condição interna da enfermagem, poderiam, em tese, ser aceitos, caso a enfermagem alcançasse o tão almejado reconhecimento e este seria o fim em si mesmo da enfermagem.

Diante dessa opção, a disputa da enfermagem não é por um projeto de saúde que toma para si a defesa da ética do cuidado, mas que toma para si as questões técnicas do cuidado, numa tentativa desesperada de se legitimar internamente junto aos agentes da enfermagem e, externamente, junto às demais práticas profissionais, em especial a prática médica, disputando autoria sobre pequenos procedimentos.

Ao fazer esta opção, a enfermagem não dimensiona os riscos da não - construção de processos de trabalho inovadores, criativos, de autoria coletiva e acaba por contribuir com posições mais conservadoras em termos de projeto de saúde, perdendo a oportunidade, que o campo da saúde coletiva oferece, para escrever uma outra história.

A enfermagem há que se comprometer efetivamente com processos de gestão coletivos e democráticos e com um projeto de saúde comprometido com as necessidades de saúde da população, com o SUS - na dimensão da ética do cuidado - com a valorização profissional, com a luta por melhores condições de trabalho, pois somente assim estará sedimentando condições subjetivas para realizar transformações objetivas no fazer em saúde e em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J. Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). **Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

ALMEIDA, M. C. P. de **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1991. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina social**. Campinas, 1975. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

ARAÚJO NETTO, L. F. S. de; RAMOS, F. R. S. Para compreender a identidade do enfermeiro: situando o objeto na produção científica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 55(5) : 580-5, 2002.

ASSIS, M. M. A.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S. O processo de gestão nas unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. **Revista Saúde em Debate**, setembro: 58-66, 1996.

BARTOLOMEI, S. R. T. **O processo de trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem**. São Paulo, 2003. (Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo).

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). **Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de Saúde de Campinas. **Projeto Paidéia de saúde da família - SUS Campinas**. Campinas, 2001.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de Saúde de Campinas. **Protocolo de ação para assistência de enfermagem no projeto Paidéia de saúde da família**. Campinas, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHEPTULIN, A. **A dialética materialista - categorias e leis da dialética**. São Paulo: Editora Alfa Omega, 1982.

CIAMPONE, M. H.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(especial) : 143-7, 2000.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 1995.

DE SORDI, M. R. L.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 6(2), abril: 83-8, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Revista Saúde em Debate**, 26(62) : 272-81, 2002.

FURTADO, O. O psiquismo e a subjetividade social. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). **Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

GIOVANINI, T. **História da enfermagem: questões e interpretações**. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda, 1995.

GONÇALVES, M. B. A psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). **Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

KIRCHHOF, A. L. C. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: recriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. **Texto e Contexto de Enfermagem**, 4(1) : 60-5, 1995.

KONDER, L. **A questão da ideologia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LEITE, J. C. A.; MAIA C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorientação da assistência de enfermagem . **Revista Brasileira de Enfermagem**, 52(2) : 161-68, 1999.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto enfermagem**, 10(1) : 32-49, 2001.

LIMA JÚNIOR, J. H. V.; ÈSTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, 4(3) : 20-30, 2001.

LIMA, M. A. D. da S.; ALMEIDA, M. C. P. de O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de enfermagem**, 20(esp.) : 86-101, 1999.

LIMA, M. A. D. da S.; GUSTAVO, A. da S.; COELHO, D. F.; SCHIMITZ, U. V.; ROSA, R. B. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(3) : 343-54, 2000.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano**. Campinas, 1998. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

LÖWY, M. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. 16ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. **Acta Paulista**, 12(2) : 66-72, 1999.

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 52(1) : 54-66, 1999.

MARX, K. **O capital - crítica da economia política**. Livro 1 - O processo de produção do capital. 13ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989. v.I

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 2ª. Edição. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda., 1979.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(1), 2001.

MELLIN, A. S. **As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do centro de saúde Integração**. Campinas, 1998. (Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo).

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

MERHY, E. E. Em busca de da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R (Org.). **Agir em saúde**. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. **Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2003. p. 137-56.

NASCIMENTO, E. P. L. **As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80**. Campinas, 2002. (Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

PAIM, J. S.; FILHO, N.A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PATRÍCIO, Z. M. Administrar é trabalhar com gente... A inter/transdisciplinaridade no processo de cuidar indireto através da educação. **Texto e Contexto de Enfermagem**, 5(2) : 55-77, 1996.

PAULA, A. F. de; LEITE, J. C. A.; SAÁR, S. R. da C.; SENA, R. R. de; ARAÚJO, M. R. N. de Processo de trabalho em enfermagem: relação passado, presente, futuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, 5(1/2) : 67-72, 2001.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 55(4) : 392-8, 2002.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem, **Revista Baiana de Enfermagem**, 3 : 83-92, 2000.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde, **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(2) : 251-63, 2000.

REY, F. G. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Ed. Thomson, 2003.

REY, F. G. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Ed. Thomson, 2004.

SÁ, L. D. de ...E a enfermagem no século XXI? **Revista Brasileira de Enfermagem**, 52(3) : 357-84, 1999.

SILVA, E. M.; NOZAWA, M. R.; FREITAS, J. L. D. Formação de enfermeiros e a municipalização da saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(2) : 275-82, 2000.

SILVA, E. M.; NOSAWA, M. R.; SILVA, J. C.; CARMONA, S. A. M. L. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(4), 2001.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional - análise crítica**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L. A problematização do cotidiano no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 9(2) : 447-58, 2000.

SOEIRO, E. **Principais tendências da teoria geral da administração**. Texto didático apresentado ao curso de especialização em administração hospitalar e de sistemas da faculdade de saúde pública da USP, São Paulo, 2004.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. F. R. Atenção básica-política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

TÁPIA, C. E. V. **Prática docente interdisciplinar: os desafios (in)visíveis da mudança curricular na enfermagem**. Campinas, 2000. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

TEIXEIRA, E. R. A subjetividade na enfermagem-o discurso do sujeito no cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(2) : 233-9, 2000.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(3) : 386-400, 2000.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2004. 2004

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

URBANO, L. A. As reformulações na saúde e o novo perfil de profissional requerido. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, 10(2) : 142-5, 2002.

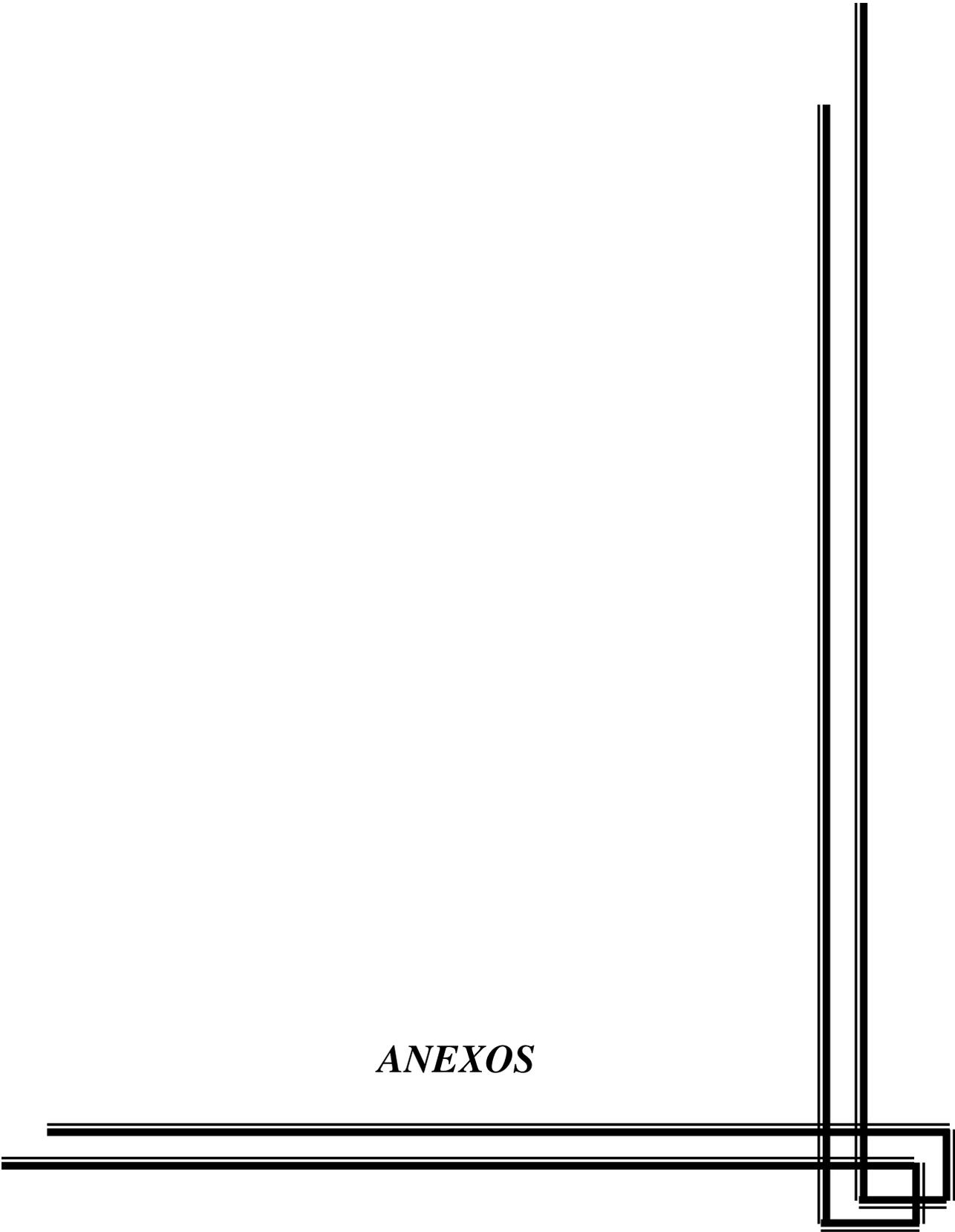
VILLA, T. C. S.; ROCHA, S. M. M.; MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P. de Reforma sanitária: im-licações para ensino de administração de serviços de enfermagem na comunidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 10(1) : 60-70, 1989.

VILLA, T. C. S.; MISHIMA S. M.; ROCHA, S. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P. de; MELO, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

VENÂNCIO, V. R. **O enfermeiro no programa de saúde da família: reflexões sobre sua atuação na perspectiva da teoria da contingência.** São Paulo, 2003. (Tese - Mestrado - Universidade de São Paulo).

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam.** 120(6), 1996

ANEXOS



ANEXO 1 - Roteiro para observação participante

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS SETORES DE ATIVIDADES

- 1) Setor
- 2) Responsável: [categoria profissional]
- 3) Descrição das atividades desenvolvidas: contendo a identificação do usuário por faixa etária e motivo da procura pelo serviço [necessidade de saúde referida]
- 4) Tecnologias utilizadas
- 5) Diálogos estabelecidos
- 6) Encaminhamentos
- 7) Tempo de duração do atendimento

ANEXO 2 - Roteiro para entrevista dirigida à equipe de enfermagem

I. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

- 1) Idade
- 2) Sexo
- 3) Tempo de formação
- 4) Tempo de trabalho na enfermagem
- 5) Tempo de trabalho em enfermagem na atenção primária em saúde.

II. SOBRE A HISTÓRIA PESSOAL E PROFISSIONAL

- 6) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.
- 7) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.
- 8) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?
- 9) 4) Quando você pensa no seu trabalho, quais finalidades você acha que ele tem?
- 10)5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

ANEXO 3 - Roteiro para entrevista coletiva

- 1) O que significa trabalho em equipe para cada um de vocês?
- 2) Quais são os aspectos facilitadores e dificultadores para a construção do trabalho em equipe?
- 3) Que pedido cada um faria para esta equipe de enfermagem, para que fosse firmado um contrato entre vocês com vistas à construção do trabalho em equipe?

ANEXO 4 - Relatos do diário de campo

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NOS SETORES DE ATIVIDADES DO SERVIÇO.

1) SETOR: Recepção

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Enfermagem que trabalha no CS Valença e vem ajudar na UBS três vezes por semana, das 7:00 às 15:00

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: identificação do usuário por faixa etária e motivo da procura pelo serviço [necessidade de saúde referida]:

- 1) Paciente idoso procurou o serviço para fazer o teste de acuidade visual, a funcionária informa que a agenda está aberta e procedeu ao agendamento.
- 2) Paciente adulto procurou o serviço para verificação da pressão arterial. A funcionária pega a pasta no arquivo e encaminha o paciente para o local em que será atendido.
- 3) A senhora acompanhada pela filha deseja marcar consulta de GO para a filha. Neste momento a funcionária informa que a agenda fica com o médico e que ela não pode interromper.
- 4) “A agenda fica com o médico, eu não posso fazer nada”.
- 5) Então a mãe pede que marque coleta de CO para ela, a qual marcada para o mesmo dia às 15:30hs. Neste momento a agenda do médico chegou e a mãe conseguiu marcar consulta para a filha. A funcionária informou que se não trouxer o papa-nicolau o médico não atende.
- 6) Adulto jovem procurou o serviço para atendimento para a filha de um ano e cinco meses. A família ainda não tem ficha no serviço e a criança nunca havia passado por consulta. A funcionária solicita os dados e abre a ficha inicial do prontuário preenchendo os dados cadastrais.

- 7) Paciente adulto procurou o serviço para marcação de dentista, pois está com dor. Foi orientado a procurar o serviço nos períodos da manhã ou tarde para marcar consulta, porque são encaixados somente três pacientes com queixa de dor por período. A funcionária enfatiza a necessidade de chegar cedo porque sempre tem gente na fila.
- 8) O paciente também pediu orientação quanto à ginástica para a terceira idade. A funcionária orientou para que o paciente se encaminhasse para a última sala à direita para se informar melhor.
- 9) A mãe de uma criança de dois anos procurou o serviço porque a criança se encontra com problemas respiratórios que durante o dia dá para controlar, mas que a noite piora muito. A paciente foi encaminhada para vaga de acolhimento com a pediatra.
- 10) Paciente procurou o serviço para marcar eletrocardiograma. A funcionária informa que conseguirá marcar apenas para daqui há um mês. O paciente pergunta se pode ser avisado pelo telefone. A funcionária informa que ele deve vir ao serviço daqui a um mês para ver se já foi marcado o procedimento.
- 11) Senhora procura o serviço para marcar consulta de GO porque a agenda do convênio dela está muito longa.
- 12) Paciente procura o serviço para consulta já agendada. A enfermeira está na recepção neste momento e faz o atendimento e orienta o paciente para que aguarde ser chamado.
- 13) Paciente procura o serviço para verificação de pressão arterial. A ficha é retirada do arquivo e o paciente encaminhado para o local em que será atendido.

- 14) Paciente procura o serviço para consulta marcada. Diz não saber se está atrasada porque havia se esquecido.
- 15) Paciente procurou o serviço para verificação da pressão. O procedimento da funcionária foi o mesmo das vezes anteriores.
- 16) Paciente jovem adulto procurou o serviço para marcar psiquiatra. Está com a fisionomia angustiada, ansiosa, a enfermeira que neste momento se encontra na recepção novamente decide que vai atendê-lo. Pede ao paciente que espere um pouco, pois tem de fazer um outro atendimento antes dele. Após algum tempo o paciente me aborda para dizer que não vai poder esperar e que vai embora. A funcionária da recepção pede para que eu procure a enfermeira para atendê-lo, pois acha que ele não deveria ir embora sem ser atendido, percebe que o paciente está intranquilo. Imediatamente encontrei a enfermeira e expus a situação e ela encerrou rapidamente o seu atendimento em curso e pediu para o paciente entrar na sala.
- 17) A paciente procura o serviço para fazer o teste de gravidez. É solicitado a ela que aguarde, pois a enfermeira que deverá fazer o procedimento está ocupada neste momento.
- 18) Paciente impaciente procura sua pasta na recepção, pois passou pela consulta e não encontra a pasta.
- 19) Paciente procura agendamento para consulta de oftalmologia para acuidade visual, foi feita a marcação do horário.
- 20) Usuário procura o serviço para marcar consulta para o irmão e para a irmã de nove anos.

Em todos os atendimentos foi utilizada a tecnologia leve, através da comunicação e da informação. O tempo de duração de cada atendimento é variado, contudo percebe-se que não ultrapassa, em média, cinco minutos.

Durante o período de tempo observado [aproximadamente uma hora], pude perceber que o fluxo de procura pelo serviço é contínuo. Os encaminhamentos realizados são na tentativa de resolver o problema do paciente, porém em algumas situações a posição é de não confronto com o que já está estabelecido, como foi no caso da agenda do médico. Pude perceber também um olhar preocupado com o paciente que buscava o atendimento psiquiátrico. Com a preocupação que ele não fosse embora sem atendimento.

Durante o tempo que estive em observação no setor, presenciei um diálogo entre a enfermeira e três auxiliares em relação à organização de um bloqueio vacinal em uma escola que acusou surto de catapora.

2) SETOR: Farmácia

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Enfermagem [dez anos de unidade básica e no hospital].

Tem também um outro funcionário novo [dois meses] super querido pelos pacientes. Ele vai embora porque arrumou uma troca para mais perto do seu local de moradia.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: identificação do usuário por faixa etária e motivo da procura pelo serviço [necessidade de saúde referida]:

- 1) Senhora procurou o setor para buscar preservativos para os seus filhos, além de queixar-se de nervosismo após sua casa ter sido invadida por ladrões. Foi orientada quanto à marcação de consulta, para avaliar a necessidade de medicação tipo calmante, pois solicitou um medicamento desta natureza no balcão da farmácia.
- 2) Paciente apresenta a receita e levando apenas um dos medicamentos prescritos, pois os outros dois não são fornecidos pela unidade. Foi então orientada a comprar ou mandar manipular.
- 3) Outro paciente na mesma situação do anterior.

- 4) Mãe veio buscar medicamento para seu filho que está com catapora. Ele foi atendido pelo convênio. Mãe diz que não recebeu muitas orientações e tinha dúvidas quanto a alguns procedimentos. Então neste momento eu fiz as orientações quanto à higiene e limpeza de todas as áreas do corpo, principalmente boca e mãos, com corte das unhas. A mãe foi orientada a não agasalhar demais a criança e passar talco contra o prurido.

Pude observar que o atendimento é bastante objetivo, rápido, não havendo propriamente a dispensação de medicamento, mas a entrega deles acompanhada de orientação quanto ao seu uso. Na farmácia existe um arquivo cadastral dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como para pacientes que utilizam medicamentos controlados e que participam de grupos. Os anticoncepcionais e os medicamentos utilizados para reposição hormonal também são cadastrados.

Quando eu encerrava minha observação na farmácia, ouvi uma paciente falando em voz alta, reclamando que havia chegado primeiro ao serviço e que até agora não havia sido atendida. A colocação da paciente foi confirmada por outra que estava na sala de espera.

Uma funcionária da recepção se prontificou a verificar o que havia acontecido.

3) SETOR: Pronto Atendimento: [curativos, observação e medicamentos].

RESPONSÁVEL: Auxiliares de Enfermagem [três]. Uma com 13 anos de auxiliar e com experiência na rede básica, outra com três anos de auxiliar e dois anos no atual serviço.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: identificação do usuário por faixa etária e motivo da procura pelo serviço [necessidade de saúde referida].

- 1) Cheguei no setor no momento do atendimento a um paciente diabético que fez controle de glicemia e PA além de ter recebido insulina. Foi perguntado pela auxiliar quem iria aplicar a insulina no feriado quando o posto está fechado. O paciente relata que somente tem feito insulina duas

vezes por semana. A funcionária orientou o paciente a trazer a filha para aprender a aplicar a insulina porque ele não pode tomar insulina desta forma tão irregular.

- 2) Neste intervalo, entre um atendimento e outro, uma das auxiliares, também responsável pela sala, durante a limpeza da pia e organização do balcão, diz me conhecer mas não sabe de onde. Ela trabalhou no Floresta e contou que fez a formação de auxiliar de enfermagem. Diz ter tido muita dificuldade em cálculo de medicação, mas que superou com muito esforço e persistência. Neste momento ela interrompe a nossa conversa para atender uma paciente de 26 anos que vai tomar insulina. A paciente recebeu a medicação e se mostrou depressiva, pouco comunicativa. A auxiliar informou à paciente que ela conseguiu uma consulta de encaixe para ela, pois um paciente faltou.

Durante o procedimento, a auxiliar sugeriu que a paciente tentasse entrar sozinha na consulta, sem a sua mãe. Quando a paciente saiu a auxiliar contou-me que, há pelo menos um ano atrás, a paciente foi assaltada, tem um relacionamento conflitante em casa com a mãe e o padrasto. Demonstrou muita preocupação com a paciente e, após algumas considerações e sugestões feitas por mim, ela assumiu levar o caso para a equipe e discutir um projeto terapêutico para a paciente. Posteriormente ela me disse ter discutido o caso com a equipe que elaborou um projeto terapêutico para a paciente e sua família.

- 3) A próxima paciente a ser chamada foi uma senhora idosa, bastante nervosa e confusa com o uso de sua medicação para pressão arterial. Neste momento a pressão da paciente estava bastante elevada e ela é imediatamente acompanhada pela auxiliar, para uma consulta médica.
- 4) Paciente adulto está com elevação da pressão, conta que foi baleado há alguns anos atrás, mas apresentava-se calmo e colaborador, pois segundo ele:

“Quem passou pelo que eu passei, agüenta qualquer coisa.”

Pude observar neste setor que o atendimento é bastante diferenciado no que diz respeito à interação funcionário e paciente no emprego da tecnologia leve.

Quanto ao emprego da tecnologia leve-dura, esta é utilizada de forma integrada com a leve, mantendo-se um vínculo com o paciente durante o atendimento.

OBSERVAÇÃO DA ENFERMEIRA 1.

Para tomar contato com o fazer da enfermeira naquele dia e com os momentos do seu trabalho, me propus a acompanhá-la, com a sua concordância.

Logo no início do período a enfermeira é abordada por uma auxiliar para discutir conduta acerca de uma paciente diabética. Após a discussão a enfermeira indica a realização de uma visita domiciliária para avaliação.

Em seguida é solicitada a sua presença no setor de pronto atendimento para avaliar uma paciente com pico hipertensivo. A enfermeira colhe toda a história desta paciente, que é de Paulínia e estava na casa de uma amiga quando começou a sentir-se mal. Disse que há tempos vem tendo estes episódios de elevação da pressão e dores de cabeça, mas que o médico ainda está tentando acertar a dose do seu medicamento.

Bem, diante disso a enfermeira aciona o médico do SAMU por telefone, uma vez que não há clínico na unidade, apenas uma pediatra. No decorrer do telefonema, a enfermeira informa toda a história, condições e sintomatologia da paciente e recebe orientações verbais para administração de medicamento e condutas.

Feitos os encaminhamentos, a paciente fica em observação até melhorar a sintomatologia e os níveis pressóricos, para depois ser dispensada.

Durante a sua passagem pela sala de vacina para orientar a funcionária quanto ao procedimento para vacina de catapora [preparo e conservação], a enfermeira orienta uma mãe que está com dúvidas em relação à eficácia da vacinação BCG. Após ter prestado as orientações, encaminha-se para uma pequena parada para tomar água e um café, quando se

depara com uma das auxiliares cobrindo a faxineira, recém - chegada ao serviço, que perdeu seu filho brutalmente executado na sexta-feira anterior. A equipe toda está sensibilizada com a situação e imediatamente a enfermeira se dirige à sala da coordenação para conversar sobre a reposição da faxineira, pela empresa terceirizada. A Coordenadora informa que a empresa entende que a funcionária deveria ter se apresentado após três dias do ocorrido, o que é um absurdo, compartilhado por toda a equipe, que entende que a funcionária deve ficar em casa pelo menos mais dez dias para se restabelecer do ocorrido. Após conversa com o responsável pela empresa pelo telefone, a enfermeira aciona uma auxiliar para encontrar possíveis contatos telefônicos e endereço da funcionária para uma visita com o intuito de lhe prestar solidariedade em nome da equipe, além de acertar o seu afastamento.

Enquanto tudo isso acontecia, ela ainda conversou com a enfermeira 2 e com a coordenadora sobre a organização do “Amigo Secreto” para o final do ano.

Sugere ainda a vinda de um representante de um laboratório fabricante de insumos para curativos, para fazer uma atualização para toda a equipe sobre curativos e principais substâncias medicamentosas para as feridas. Neste momento perguntei-lhe para ela porque ela mesma com a enfermeira 2 não assumiam esta capacitação. Com o recém - chegado momento de fitoterapia talvez pudessem trabalhar com a valorização da botica da família. Ela me disse que:

“Santo de casa não faz milagre.”

Neste momento a autoclave faz um barulho estranho de vazamento durante uma das fases de funcionamento.

A enfermeira corre para conferir a situação e diz não entender porque a manutenção não veio consertar ainda o equipamento.

Ela me explica que faz parte de uma comissão de curativo da Secretaria de Saúde que vem discutindo a sonda Duboff e padronização de material de enfermagem.

Ainda enquanto se procura o endereço da faxineira, a enfermeira verifica e analisa os resultados de CO que chegam às suas mãos e encaminha aqueles exames cujas pacientes deverão ser convocadas, pois os acusam alteração.

Durante o meu período de observação, pude tomar contato com alguns cartazes expostos na sala de espera. A primeira parede de informações continha o seguinte:

"O CENTRO DE SAÚDE FAZ UM ANO

1) O QUE MUDOU NA SUA VIDA O CENTRO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO?

2) FOI BOM PARA VOCÊ?

3) O QUE PRECISA MELHORAR?

Precisamos que você escreva um bilhete com a sua opinião."

Não havia informação do lugar onde encontrar o papel e a caneta para a população se manifestar. Mais tarde fiquei sabendo que os papéis ficavam na recepção e o paciente tinha que pedir.

Havia logo abaixo deste primeiro cartaz, dez bilhetes que diziam:

"Parabenizo todos os funcionários do posto, principalmente os funcionários da recepção e da farmácia. Há coisa para melhorar, mas com o tempo nós veremos."

Esta mensagem passou uma idéia de que o usuário se coloca como aquele que pretende estar junto para ver o que é que tem para melhorar.

"Não concordo que a farmácia fique fechada na hora do almoço."

Esta foi uma manifestação de uma funcionária, que inclusive solicita que os demais funcionários tenham acesso à farmácia pela porta lateral interna.

"Atendimento ótimo."

"O moço da farmácia legal."

“Atendimento ótimo.”

“Farmácia legal.”

“Fico contente com o CS. Eu lutei muito para ver o CS aberto.”

“A farmácia é dez.”

“Sempre fui atendida nas horas necessária. Acho que precisa de mais médicos e de mais funcionários.”

“Que Deus os abençoe.”

“Parabéns à todos do CS. Gostaria que tivesse médicos e dentistas para cobrir as férias deste profissionais.”

Em uma segunda parede encontrei cartazes com dados de produtividade dos serviços [referentes ao mês de setembro/2003] e de informações sobre o que o serviço oferece:

- 1) Faltas em consultas de GO (60)*
- 2) Faltas em consultas de Pediatria (36)*
- 3) Faltas em consultas de Clínica Médica (78).*

Havia então a seguinte pergunta:

Porque isto acontece?

Em outra parede encontrei as seguintes informações:

“ENFERMAGEM: A ARTE DE CUIDAR

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM:

- 1) 3067/mês (média de 139/dia)*

2) *Farmácia – atendimentos 2113 receitas (média de 96/dia)*

3) *Recepção - 3425 (média de 154/dia)*

GRUPOS TERAPÊUTICOS:

1) *grupo de diabetes e hipertensão: 107 atendimentos /mês*

2) *grupo de karatê: todas as 4ª feiras (16:00)*

3) *grupo de Lian Gong: todas as 4ª feiras (8:00)*

4) *Caminhada com os agentes: todas as 3ª e 5ª (7:30)*

CONSULTAS MÉDICAS:

1) *pré-natal – 57*

2) *Urgência na GO – 29*

3) *Ginecologia – 124*

EXAMES:

1) *encaminhamentos médicos para especialidades: 66*

2) *solicitação de exames laboratoriais: 226*

3) *Solicitação de exame de ultrassom: 35*

4) *Encaminhamentos de emergência: 5*

5) *Solicitações de exames radiológicos: 56*

CLÍNICA MÉDICA:

1) *Atendimento de urgência em adulto: 67*

2) *Atendimentos de adultos: 582*

CUIDANDO DO SEU SORRISO-ODONTOLOGIA:

1) atendimentos em odontologia: 273

2) curativos: 43

3) encaminhamentos: 108

4) extrações dentárias : 79

5) restaurações: 121

INFÂNCIA SAUDÁVEL:

1) atendimento de urgência em crianças: 129

2) atendimento de crianças: 251

3) visitas à recém –nascidos: 61

4) visitas com convocação: 40

CADASTROS DOMICILIARES (SUS): 84

Arrastão contra a dengue: 250 casas visitadas

Média e 1500 toneladas de lixo e entulho/ano

Índice de Bretô: 400 casas visitadas e vistoriadas a cada dois meses."

Havia também um mural com fotos de atividade do CS Itajaí, mostrando grupos de diabéticos e de hipertensos, e ginástica chinesa. Havia fotos de todos os componentes das equipes de referência para a população identificar os componentes, tanto da EQUIPE Girassol quanto da Orquídea. Havia fotos do bazar, da caminhada e do karatê. Logo ao lado havia uma reportagem sobre o aniversário do CS com toda a programação para o dia da inauguração.

Para o dia da inauguração estava prevista a premiação do vencedor do concurso organizado pelo CS, por uma ONG do bairro, escolas e Conselho Local de Saúde. O tema do concurso era:

"QUAL O SIGNIFICADO DO CENTRO DE SAÚDE PARA AS PESSOAS, FAMÍLIAS, COMUNIDADE, NESTE PRIMEIRO ANO DE EXISTÊNCIA?"

ANEXO 5 - Relatos das entrevistas

Auxiliar de Enfermagem nº 1 [AE-1]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Vou contar uma história que você vai achar engraçada. Quando eu estava na creche da prefeitura, eu comecei a fazer auxiliar de enfermagem. Um grupo de pessoas, que eu não lembro muito bem quem eram, levou a gente em um prédio no centro da cidade, que eu também não lembro muito aonde, eu sei que era um prédio da prefeitura, e elas eram assistentes sociais. Então elas colocaram a todas nós que éramos atendentes em uma sala. Aí elas foram pegando folhas de revistas com imagens de paisagens, animais, do Airton Senna, e todo mundo foi pegando, pegando, pegando..., eu sou vidradona no Airton Senna, então eu peguei a foto dele. Aí as pessoas foram falando, falando, falando... Quando chegou na minha vez, uma das mulheres perguntou:

- Porque você pegou a foto do Airton Senna? O que ele tem a ver com a saúde?

Eu falei:

- O Airton Sena não é uma pessoa tão querida no Brasil? Ele não faz as coisas com tanto amor? Ele não faz as coisas com garra? Então eu gosto daquilo que eu faço, eu amo aquilo que eu faço, eu quero ser um Airton Senna na saúde.

Aí assim, eu comecei, se eu não posso ajudar, atrapalhar eu não atrapalho o que eu posso fazer pelo paciente eu faço. Eu enfrento briga, eu enfrento qualquer pretexto, mas eu quero que o paciente saia dali satisfeito e com a vida resolvida.

Foi assim que eu me aproximei da enfermagem, porque eu trabalhava na creche e comecei a fazer o curso de auxiliar de enfermagem. Foi uma etapa muito bonita da minha vida que eu tenho gravada até hoje em minha cabeça. Quando eu terminei o curso de auxiliar de enfermagem, uma noite eu tive um sonho, a minha trajetória foi linda dentro da saúde. O sonho que eu tive, foi que eu estava tratando flores em uma pista. Aí surgiu o Airton Senna, veio ele e um colega dele. Ele falou que tinha trazido dois anéis.

Um deles era do colega dele para mim e enfiou no meu dedo e disse que era lembrança da minha formatura. Este anel era branco, com pedrinhas brancas. Aí ele afastou e no meio daquelas flores, em meio a uma curva, veio o Ayrton Senna e enfiou o outro anel de formatura no meu dedo, e falou que aquele anel era o presente de formatura dele para ela. O anel tinha uma pedrinha cor-de-rosa no meio e todas as outras brancas em volta, só que tinha o aerofólio do carro dele no anel, ele falou para mim, sempre lembra disso e enfiou o anel no meu dedo. Não desista nunca, nunca. Por mais difícil que você encontre, por mais difícil que seja para você. Tenha sempre fé em Deus e não desista nunca, nunca. Aí ele foi se afastando. Eu acordei com aquele susto, peguei um papel e desenhei o anel e mandei fazer, paguei 150 reais. Eu tenho o anel até hoje. Eu tinha uma aliança de ouro do meu casamento, eu sou desquitada, mandei fazer o anel igual aquele que ele colocou no meu dedo. Eu fiz o aerofólio do carro com dois “As”, de um lado está o A de Ana e do outro está o A do Ayrton Senna. Do jeitinho que ele colocou o anel no meu dedo, do jeitinho que eu sonhei eu mandei fazer. No dia da minha formatura, ele tinha me dito que era para eu estar com o anel no dedo, e assim foi, no dia da minha formatura eu estava com o anel no dedo. Você viu que trajetória bonita a minha?

Por isso que eu gosto do que eu faço, eu amo o que faço, eu trabalho com carinho, com amor. Tem pessoas que somente pensam no dinheiro no bolso. Eu não consigo trabalhar assim, eu amo o que eu faço.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

Eu trabalhava no centro de saúde Floresta, eu já estava cansada, estava monótono, eu estava lá há 11 anos. Eu era referência porque eu estava lá desde que o centro de saúde começou, desde o primeiro dia. Todo mundo vinha em cima de mim. O centro de saúde é muito grande, era uma pressão muito grande, grande, grande, eu não estava tendo mais forças, eu estava sendo sugada pelos Pacientes. Hoje eles encontram comigo e falam:

- Você abandonou nós.

Eu digo:

- Não, eu não abandonei vocês. Vocês continuam aqui [neste momento coloca a mão do coração].

Então eu vim para cá em março deste ano. Faz pouco tempo que eu estou aqui, eu pedi remanejamento do Floresta. O Floresta é meu filho, eu engravidei, eu fiz o parto, eu vi nascer, eu dei as vacinas, o Floresta é meu filho. Por isso que eu não aceito ouvir ninguém falar mal do Floresta, eu amo o Floresta. Aí eu vim para cá, eu estava muito cansada, também eu estou com hérnia de disco eu não agüento muita coisa, mais restrito, eu não agüento muita coisa. Eu já conhecia algumas pessoas que trabalhavam lá comigo no Floresta. Fui muito bem recebida pela equipe, estou me sentindo em casa, as enfermeiras são uns amores, agora com a coordenadora nova, eu amo a coordenadora, nós fizemos a capacitação do Paidéia juntas, eu tive uma vivência com ela, eu gosto demais daqui, demais, demais, demais.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

Então... nós auxiliares de enfermagem fazemos tudo, tudo aquilo que compete a gente, que compete ao nosso cargo, até onde a gente pode chegar, aí a gente faz. Dentro disso, nós fazemos tudo. Trabalha em recepção, vacina, farmácia, procedimentos, inalação, atende paciente, acolhimento.

O que dificulta um pouco é a população que vem muito procurar consulta e às vezes a gente não tem tanta consulta para oferecer. Tudo que aparece a gente procura atender, procuro fazer com carinho, com amor. Eu trabalho desta forma. As dúvidas que eu tenho eu procuro a enfermeira, se ela não está eu procuro o médico. Eu não tenho encontrado dificuldade. Trabalho junto com o meu colega. O que eu tenho pedido eu alcancei. Os médicos são muito acolhedores, carregam a gente no colo. O trabalho da gente é junto, é em equipe, nós somos uma equipe. Então o paciente vem para a recepção, mesmo não tendo mais consulta médica, a gente faz o acolhimento, chamamos a enfermeira que avalia e depois encaminha para o médico. Quando a enfermeira não está a gente vai direto

aos médicos e eles dão uma retaguarda para gente, fazemos o procedimento e esperamos o paciente melhorar para liberar ele.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

Bem eu não estou aqui de graça. Deus me deu este dom. E se Ele me deu este dom ele quer que eu faça alguma coisa boa e é ajudar o próximo. A finalidade maior do meu trabalho é atender o paciente. O paciente é tudo, é tudo para nós, em nossa vida.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Acho que todo mundo que trabalha na nossa profissão tem medos, medo de fazer alguma coisa errada. Será que é isso mesmo que eu tenho que fazer? Você olha uma vez, duas vezes, três vezes, confere com o colega do lado para ter certeza de que você não está errando. Morro de medo de errar. Graças a Deus nunca aconteceu nada comigo, até hoje de ter errado. Eu quero continuar, quero me aposentar e quero viver e quero ser um Ayrton Senna na saúde. Eu quero. Ele não fez tanta gente feliz no mundo inteiro? Como eu não posso ser do mundo inteiro eu quero ser o Ayrton Senna do Centro de Saúde Itajaí.

Auxiliar de Enfermagem nº 2 [AE-2]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Quando eu saí da 8ª série eu fui fazer um colégio técnico e eu queria que fosse ligado à saúde, eu gosto de mexer com gente. Entrei no Cotuca, fiz três anos de curso e quando eu saí de lá eu estava para fazer 18 anos, fiquei três meses para começar a trabalhar no hospital da PUC, porque o registro do Coren não havia saído ainda, mas neste intervalo eu fiz alguns “bicos”. Fiz prova, entrei na PUC e fiquei lá seis meses. Aí eu fiquei sabendo que estava acontecendo contratação pela prefeitura, eu preferi ir para a rede, na época tinha uma vaga só e era no Centro de Saúde do Parque Valença, como eu moro aqui perto eu fiquei. Na verdade eu trabalhei na PUC no pronto socorro infantil, eu gosto de hospital, eu trabalhava com duas atendentes, aí entra eu técnica que não sabia nada, nova, somente com teoria e na prática eu precisava de ajuda. Aí as duas eram atendentes, eu passei uma parte ruim lá com elas. Aí eu ia procurar a enfermeira, porque no meu setor não tinha, teoricamente eu estava como responsável, mas novinha, nunca tinha trabalhado, e aí pega uma coisa assim.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

Eu ia pedir para sair do setor, mas fiquei sabendo que estava tendo contratação na prefeitura e resolvi sair. Eu ia ter que dizer o que estava acontecendo e eu não sou muito de briga. Lógico que quando eu fui sair, a enfermeira perguntou porque, mas eu acabei dizendo que preferia sair. Então não foi uma escolha mesmo eu vir para a saúde pública.

A chegada no Valença foi tranqüila. Quando você chega o lugar que mais se aproxima do hospital é o setor de procedimentos, então eu fiquei neste setor, e o Valença tem muita urgência. Com o tempo você vai se inteirando e vendo que é diferente, o ambiente era muito bom, a amizade, muito bom.

Eu saí do Valença e fui para o São Cristóvão, quando eu cheguei no CS estava recém-inaugurado. Eu já conhecia algumas funcionárias do Valença que estavam agora no Itajaí e também algumas que vinham fazer hora extra, eu fiquei fora daqui apenas três anos, eu conheço bastante gente.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

Quando eu vim para cá, o posto é novo, você faz uma certa ilusão, tudo novo, vou arrumar as coisas do meu jeito, não tem costume, quando você entra em um serviço que já está andando é mais difícil. Só que depois que você entra você percebe que não é bem assim. Falta tudo, não tem isso, não tem aquilo, é como o módulo que mudou de lugar. Não tem material, não tem funcionário, mas também não é culpa daqui é da prefeitura como um todo. No Valença além do movimento ser muito forte, a população é mais participante. Aqui é muito calmo, as horas não passam. Ainda não está tudo estruturadinho, não tem programa da criança, grupos de hipertensos. Eu participo, eu gosto de grupo, mas tem muita coisa para o auxiliar fazer que ainda não está estruturado, essa coisa mesmo do acolhimento ainda está complicado. O paciente passa pelo médico, para depois passar pelo enfermeiro. Eu acho que aqui ainda tem muita coisa, tá assim... a gente que vem de outros lugares, então você está acostumada de um jeito, chega aqui falta isso, falta aquilo, mas já melhorou muito, mas acho que em relação aos auxiliares tem muita coisa que a gente poderia fazer, que não tem espaço, não sei pode falar isso, ainda não abriu espaço para se fazer, ou é porque tem pouco auxiliar, dá medo de abrir mais coisa depois quando faltar auxiliar não tem quem faça.

O quadro não está completo, nós somos em dezesseis e estamos em onze, mas tem uma de atestado, está afastada. Ainda está tudo muito centrado na figura do médico. O São Cristóvão era referência do Paidéia. Quando tudo começou, lá era o projeto piloto, o acolhimento, equipe de referência, tive muita experiência boa na minha equipe. A gente ia para uma fazenda perto do aeroporto, quando a gente via o paciente vir de lá a gente não imaginava que era tão longe. Aí nós resolvemos ir conhecer a realidade e resolvemos passar a atender lá. Tirava um dia e ia todo mundo [dentista, ginecologista, pediatra, auxiliar,

enfermeiro e a população ficava esperando, a gente atendia em lugar improvisado, e a experiência era muito legal. Aqui tem equipe de referência, tem núcleo de saúde coletiva, tem conselho gestor, eu faço parte do conselho gestor, mas ainda tem muita coisa para fazer. Eu gostava muito de lá, quanto mais se faz, mas você aprende. Lá a população procurava a gente e a gente já resolvia o problema, não precisava passar pelo médico. A equipe é integrada, é unida, é legal trabalhar aqui. São pessoas legais, as dificuldades são porque não entrou no Paidéia. Justamente pelo fato das pessoas serem integradas, serem legais é que seria mais fácil de conseguir entrar no projeto. Por mais que tenha problemas isto é normal. O auxiliares tem capacidade de fazer muito mais, falta estrutura, espaço. Eu entendo a situação da enfermeira, se ela abre mais uma frente e não em funcionários para cobrir fica difícil.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

Eu acho que agente poderia fazer muito mais, está muito centralizado no médico, mas é muito fácil para a população criar um vínculo com a gente que está aqui o tempo todo, em contato, aqui na porta, do que com o médico. Se a gente tivesse mais espaço seria melhor, o estamos mais perto, podemos orientar até melhor do que o próprio médico. Temos mais tempo de sentar, conversar, e às vezes a gente fica até meio frustrada, porque será mesmo que é assim, vamos falar com o médico para confirmar se está certo? Não tem mais certeza, enquanto você não for falar com o médico. Eu acho que a finalidade do trabalho tem que ser a de mudar esta idéia que os pacientes tem de que o trabalho é centrado somente no médico. Acho que tem que trazer a confiança da população de volta no trabalho do auxiliar.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Eu desejo um maior reconhecimento do trabalho do auxiliar de enfermagem, do trabalho do enfermeiro, da enfermagem. A gente não pode parar na luta, senão a gente vai parar no tempo. No começo eu achei que não ia dar certo o Paidéia, é muita coisa, mas eu vi, eu constatei que dá certo e é muito bom, faz muito bem.

Auxiliar de Enfermagem nº 3 [AE-3]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Quando eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem eu pretendia trabalhar na área, e tanto fazia, hospital ou rede básica. Eu encontrei mais dificuldade em hospital por causa da idade, eles preferem pessoas mais jovens. Então eu prestei concurso, e na saúde pública não tem este problema, aí entrei e vim trabalhar na saúde pública. A minha preferência era para hospital.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

A minha experiência na rede básica está sendo ótima. É tudo novidade.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

Eu trabalho em procedimentos e com as informações no sistema com o agendamento das especialidades. Os aspectos dificultadores são tanto externos quanto internos. Eu percebo que o atendimento é muito mais de pronto atendimento e não de promoção. O meu trabalho em relação aos outros trabalhos vejo que estamos presos em uma mesma armadilha, presos à dificuldades externos e internos. Em relação aos problemas internos, a gente tem que procurar uma segunda opinião, quem tem mais experiência, que enxerga mais longe, que tem mais autoridade. Somos uma equipe, tentar sempre a solução do problema.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

[O respondente não formulou esta resposta.]

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

A pessoa não vem por acaso ao serviço, ela vem porque ela tem problema, ela está precisando de alguma coisa. Só que ela chega e o sistema praticamente barra ela, porque não dá condições de você atender bem aquela pessoa. Você quer solucionar, você quer ver ela bem, mas são tantas os impedimentos, que ela vai embora e você fica triste. Então, o meu desejo é você conseguir satisfazer aquela pessoa e o bem estar dela, independente de fatores internos ou externos. Eu ficaria mais satisfeito, quando você consegue orientar bem a pessoa. Agora mesmo chegou uma paciente com diabetes e que estava fazendo dieta tudo errada. Eu orientei, dei o folheto educativo, ela saiu bem, eu consegui resolver o problema dela.

Auxiliar de Enfermagem nº 4 [AE-4]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

A escolha entre o hospital e a rede básica, eu penso que na rede básica você fica mais perto da população carente. Poder orientar a população foi algo que pesou na minha escolha.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

Eu estava bastante ansiosa por ser o primeiro serviço. Gostei muito, o centro de saúde me pareceu aconchegante, pequeno, gostei muito do pessoal. É tudo novo. Nunca tive experiência, você fazer o curso é uma coisa, você trabalhar é outra, é o dia a dia que você vai pegando e se habituando. Estou gostando bastante. Acho que é isso mesmo que queria.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

Bom eu cheguei aqui eu fiquei dois dias no procedimento, e depois teve uma nova escala e eu fui para a recepção. Tudo passa por ali, dentista, consulta médica, curativo, tudo ali. Eu acho assim, é tudo novo, tem muita expectativa, eu trabalhei na recepção em consultório médico, é muito diferente, é difícil lidar com o público, em vários aspectos. Então eu me senti em casa, indo logo para a recepção de cara. Procuro, na minha limitação, pode ajudar e tirar dúvidas do paciente. Já ouvi em reunião que eu preciso aprender a fazer cara feia, mas eu não sei se consigo, é o meu jeito, não sei se isso muda com o tempo. A gente procura agradar, principalmente quando é um serviço novo. Agora eu vou para a farmácia, foi feita uma nova escala, o funcionário da farmácia está indo para outro serviço, fez troca com alguém que mora no bairro. Aí a enfermeira perguntou se eu queria tentar e eu quis é muita responsabilidade, mas eu estou gostando.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

Eu acho que a finalidade do meu trabalho é tentar conscientizar a população de como se cuidar, orientar. Eu faço parte do grupo de hipertensos e diabéticos, e como estamos no final do ano, a médica responsável pelo grupo, pediu para que as pessoas dissessem o que o grupo trouxe para ele. E chegou uma hora que eu fui perguntada, eu disse que eu achava gratificante a gente poder ver que o paciente aprendeu a tomar medicação direito, a se cuidar, que a gente orienta e ajuda o paciente a ter uma vida melhor, mais saudável.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

[O respondente não formulou esta resposta.]

Auxiliar de Enfermagem nº 5 [AE-5]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Eu já tinha contato com a área da saúde, porque meu pai era técnico de raio-x, como ele e minha mãe são separados e eu fiquei com ele, eu sempre fui à hospitais com ele desde pequena, enquanto ele trabalhava. Então eu fui gostando de tudo, fui observando, via o trabalho da enfermagem e achava muito bonito. Daí eu cheguei a prestar vestibular para enfermagem na UNICAMP e passei na 1ª fase, mas não na segunda. Prestei fisioterapia na USP passei na 1ª fase mas também não entrei na 2ª, e depois prestei enfermagem na PUC e entrei, mas não sei se isso vem ao caso. Mas aos 17 anos eu conheci um rapaz que minha família não aceitou ele, por ele ser dez anos mais velho do que eu. Ele era de Limeira, veio para terminar a faculdade aqui, então a minha família, fui criada pelos meus avós e pelo meu pai, não aceitavam o namoro, foi um romance proibido, então quando eu prestei vestibular eu não fui fazer porque eu larguei tudo e fui embora morar com ele. Eu fiz esta escolha, eu sempre fui uma garota mimada, não sabia fazer nada, tinha tudo na mão, e sempre sonhando em fazer uma faculdade e de enfermagem. Ele ficou ruim financeiramente, perdeu o emprego.

Teve que trancar a matrícula na faculdade dele. Então eu achei que eu tinha que ajudar, então eu larguei o sonho e fui procurar emprego. De doméstica eu não podia porque eu não sabia fritar um ovo, não sabia cozinhar, fui aprendendo aos poucos com ele, com a vida. Aí um amigo fez o curso de auxiliar na UNICAMP, disse que iria abrir vaga para o curso, aí eu resolvi fazer, porque ele me disse que era bom e eu não ficaria parada. Então prestei o curso, entrei e comecei a cursar na metade do curso apareceu o concurso da prefeitura. Pensei que deveria prestar para ver como era e até eu me formar quando terminasse talvez já tivesse até emprego, fiz o concurso e passei. Fui bem classificada, mas empatei com muita gente e como era nova, e sem filhos ainda, hoje eu tenho uma filha de três anos. Mas foi bom porque deu tempo de eu me formar, e passado um ano e meio, a prefeitura me chamou e daí eu comecei a trabalhar aqui. Eu não fui atrás do técnico, porque agora eu quero correr atrás do prejuízo. Não estou mais casada, ficamos juntos seis anos juntos, agora faz seis meses que cada um resolveu levar a sua vida. Não estava dando certo.

Tive muitos conflitos com o negócio da separação, mas agora está tudo mais calmo, amigável, moro sozinha com a minha filha. Tive muitos problemas em relação à minha gravidez. Eu saí de casa fugida. A minha família perseguiu muito, pois polícia em cima. Frequentemente a gente era avisado pelas minhas irmãs, que minha família tinha descoberto onde eu estava. Uma vez dormimos no meio do mato, outra vez houve tiroteio e não acertaram meu namorado, mas um homem foi morto que estava logo a frente. A minha família só sossegou mesmo depois de três anos quando eu engravidei. Então eles acharam que como eu ia ter um filho, ele precisava de um pai, chega e minha avó deu um basta no meu pai. Foi uma gravidez de risco, tinha duodenite, emagreci muito, não sabia que estava grávida, minha menstruação vinha normalmente ela só foi parar aos sete meses. Então eu fui descobrir que eu estava grávida aos quatro meses. Perdi metade da placenta, os médicos diziam que eu não iria agüentar, os médicos diziam que ela poderia nascer com muitos problemas. No dia do parto eu pedi ajuda à Deus e ela nasceu bem, de cesárea, inteligente, linda, levada.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

Eu já trabalhava no módulo, era um lugar pequeno, tinha uma médica, depois chegou outra, ficamos um bom tempo sem enfermeira, a coordenação era do Valença, e eles por falta de tempo também, porque o Valença era um centro de saúde grande, problemático, então ficava mais a gente mesmo. Éramos em três auxiliares, nós não dávamos conta, tínhamos que fazer o trabalho burocrático, não tinha enfermeira, tinha que fazer tudo. A gente colocava as médicas na farmácia para entregar medicação. A gente era uma família mesmo, uma ajudava a outra. Tinha quatro agentes de saúde. A gente sonhava com tudo isso aqui. Era uma briga com o Valença, muito ciúmes, eles entraram em reforma lá, tudo que a gente queria dava briga. Passaram um tempo com a gente. Chegaram mandando em tudo, querendo mudar tudo. Eles se sentiam intrusos, era uma briga de módulo com centro de saúde. Durou o tempo todo da reforma. A gente tinha amizade com o pessoal de lá, mas o Valença espalhou a equipe, tinha gente atendendo em igreja. Às vezes os funcionários do Valença não vinham trabalhar e a gente tinha que atender a nossa demanda e a demanda deles. Era uma briga, a gente dizia que era para mandar auxiliar se não a gente não atenderia a população, era uma coisa. Foi nessa época que uma médica veio

para dar uma força. Então a gente sonhava com tudo isso. Gostávamos muito do pessoal de lá, mas amizade, amizade, trabalho à parte. Dentista tinha que mandar para lá, ginecologista tinha que mandar para lá. Aí viemos para cá, numa expectativa muito grande e estamos aí.

**3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz?
Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as
potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no
trabalho?**

Logo que eu cheguei no módulo, tem aquele negócio de você chegar e se adaptar ao que tinha para fazer. Então eu fui trabalhar com o agendamento da especialidade. Tinha uma enfermeira que era muito autoritária e ela acabou saindo de lá. Quando eu vim para cá, como eu não gostava da especialidade, eu pedi para sair. Na verdade a prefeitura não dá recursos. O computador não é bom, é antigo, há uma disputa de vagas, é um trabalho que se perde muito tempo. O computador é lento, ele quebra, pára, vai para a manutenção, você fica sem ele um tempo, eu fui várias vezes fazer este trabalho no distrito. A impressora não tem, e é necessária. O telefone, uma linha fica na Internet, a outra é para todo o centro de saúde usar, então eu não estava gostando por causa da falta de organização mesmo. Aí foi treinado um outro funcionário, ele veio para cá, não deu certo, o coordenador anterior pediu para eu retornar. É um trabalho que eu gosto, é gratificante você conseguir marcar consulta, ver que o paciente está conseguindo aquela resolutividade, o paciente vem, diz que foi, fez a consulta, deu tudo certinho, eu estou seguindo com o médico tal. Mas aqui não temos muitos auxiliar de enfermagem, então eu ficava em três lugares e mais a especialidade, estava pesado, eu não dava conta, eu ficava estressada, às vezes eu ficava lá fazendo a repescagem da especialidade e a enfermeira chegava e dizia que eu tinha que ficar em tal sala porque não tinha ninguém, larga tudo isso. Eu gosto de fazer tudo direito. Eu gosto de levar o centro de saúde Itajaí no destaque, apresentar na reunião os resultados, que pegou mais vagas e perdeu menos vagas. Se for para fazer um serviço que mesmo que as enfermeiras dissessem que eu não tinha culpa. Para fazer uma coisa assim eu não quero, briguei muito. Aí eu saí de férias, colocaram uma pessoa no meu lugar, eu treinei a pessoa. Ela acabou gostando e eu também gostei que ela gostou. Esta pessoa também está sentindo a mesma dificuldade. Mas agora com a chegada de mais

funcionários esta pessoa está podendo ficar mais tempo lá, mas ele já disse que conversaria com as enfermeiras e que se continuasse naquele ritmo ele também não permaneceria. Quando eu estava no módulo, não tive treinamento de muita coisa. A enfermeira ficou pouco, porque ela tinha problemas de relacionamento com o pessoal, então eu não tive treinamento nenhum, para instalar um soro, ficávamos eu e a médica para instalar o soro, ela me explicava tudo. As auxiliares me ajudavam. Quando eu vim para cá, eu fui para a especialidade. Eu pedia para as enfermeiras me tirar dali, porque eu ficava no computador, então eu queria aprender um pouco da minha profissão, passar na GO, eu não sei CO. Agora que eu estou nos procedimentos, vacinas. Eu tive em teoria, fiz estágio, mas não tenho habilidade, eu conversei com as enfermeiras para elas me passarem por rodízio em todos os setores.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

Eu acho um trabalho muito bonito, você tem um contato maior com o paciente, mais do que o médico, você tem uma possibilidade maior de ouvir o paciente, de estar cuidando dele, de estar ajudando, tem muitos pacientes que vem para desabafar, eu gosto desta parte, de ter um contato com o paciente, de poder ajudá-lo, de por a mão na massa. Acho que esta seria a finalidade. Eu acho que o trabalho é em equipe, eu sozinha eu não vou conseguir fazer nada, sem a ajuda do enfermeiro, o médico, a faxineira, o administrativo, acho que tem que ser um trabalho conjunto, um ajudando o outro senão o trabalho não sai. O problema de relacionamento existia, eu tentei sair daqui, mas não consegui a troca. Doía, porque a gente quis muito isso tudo aqui, já melhorou muito, mas ainda temos dificuldades de relacionamento, que dificulta um pouco o trabalho. Falta a união e integração de todos com o mesmo propósito, falta material, falta funcionário, mas com o que a gente tem é possível de se unir e trabalhar. O que acontece aqui é que um sozinho faz aqui, outro sozinho faz ali, a gente poderia dar um passo maior. A gente tem condição de falar mais a mesma língua.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Acho que seria melhorar mais o trabalho em equipe. Assim fica mais fácil de enfrentar os obstáculos.

Auxiliar de Enfermagem nº 6 [AE-6]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Desde pequena eu queria trabalhar com gente, eu pensei em ser professora. Quando minha filha nasceu, comecei a pensar que queria um trabalho para poder sobreviver, mas eu queria ser feliz também, naquela sobrevivência eu queria ser feliz. Aí eu escolhi o hospital, porque eu estaria perto das pessoas que estariam precisando de carinho e de cuidados. Eu demorei para fazer o curso, desde antes da minha filha nascer. Só que era muito caro, era muito difícil, quando eu consegui, foi quando surgiu o curso gratuito de atendente em Poços de Caldas. Então eu fiz este curso de atendente, a freira já me convidou para trabalhar, eu fiquei lá dois anos. Quando eu mudei para cá eu vim com uma carta de referência muito bonita na época que valia muito. Tanto que eu cheguei e já entrei na Casa de Saúde com esta carta de referência. Fiquei lá cinco anos. Eu tinha um sonho de trabalhar na PUC. Porque eu vinha acompanhar a minha amiga que trazia a filha na neuro e eu achava tudo aquilo uma beleza, incrível aquele movimento, e este sonho ficou guardado. Quando foi em 1989, eu comecei a trabalhar na PUC. Aí eu ficava na PUC e na Casa de Saúde, fiquei 3 anos assim. Eu quis sair da Casa de Saúde que era muito puxado, fiquei somente na PUC até 1997, e eu não gostava de saúde pública, de centro de saúde. Eu gostava de UTI e pronto socorro, eram pessoas mais dependentes e o vínculo era mais curto, diferente, eu gostava mais de hospital, não pensava em saúde pública. Mas eu sempre fui atendida em centro de saúde em Poços de Caldas, porque eu era usuária e sempre achei bonito o trabalho. A parte que eu gostava mais era de dor e não de prevenção. Quando eu entrei na rede, no início eu vim empurrada. Eu só fiz a inscrição por causa de um amigo que trabalhava na PUC e no centro de saúde, ele morava em casa comigo, ele era sozinho aqui. Ele ficava atrás de mim falando que eu tinha que ir ao cinema, passear, ir à festas, eu tinha que trabalhar no centro de saúde , você vai fazer concurso. Você já tem idade, lá você vai ficar mais tranqüila, a qualquer hora você pode perder este emprego. Eu dizia para ele que eu não gostava de GO, quase fui reprovada no curso de auxiliar porque eu não gostava de prevenção.

Fui mal no curso nesta matéria. Ele fez a inscrição. No dia do concurso ele me lembrou, no dia da escolha ele me lembrou, no dia de vir trabalhar ele me lembrou e eu fui indo. Quando eu cheguei na rede, eu achei muito gostoso, foi uma época muito feliz, porque deu uma virada no recebimento, fui muito bem recebida, desde a coordenadora, são pessoas muito boas, comecei a gostar, menos da prevenção é que onde eu estou hoje. Você veja como as coisas mudam. A experiência de UTI, a gente passa a ter uma visão diferente, começamos a montar grupos de hipertensos, ficava na inalação, às vezes tinha parada, tiroteio que tem muito aqui no Valença, tem muita urgência, então eu me dava bem nesta parte, aí fiquei quase 4 anos.

Eu trabalhava com uma enfermeira que tinha uma visão linda de enfermeira, era um exemplo, ela foi minha chefe na PUC. Eu fiquei três anos com esta enfermeira fazendo nossos trabalhos e depois ela me escalou para a GO. Eu disse que ela havia virado minha inimiga, fui forçada, mas ela disse que eu era boa e depois eu comecei a gostar.

Eu aprendo a gostar, depois alguém avalia o meu trabalho e vê se está bom.

Eu vim para o Valença. Comprei minha casa pela COHAB, mudei com a família quis escolher o serviço próximo de casa. Aí eu engravidei de novo. Não estava programada, fiquei com dificuldade de dar injeção em criança, então fiquei na prevenção e continuei com o grupo de hipertenso. Eu trabalhava à noite. Pedi para a PUC me mandar embora, fiquei no Valença à noite e depois mudei para manhã. Mas não tinha vaga, aí surgiu o módulo do Itajaí, com o início do Paidéia. Eu pedi para ir para lá, inclusive foi uma amiga minha que estava com o nome dela para ir e ela me cedeu a vaga. Então eu saí do Valença para ir para o Itajaí pela manhã e ficar com o meu filho à noite.

O meu horário batia com o da minha filha que fez auxiliar de enfermagem e depois teve o filho dela, então ela começou a trabalhar no Valença, trabalha até hoje, até é parecida comigo no comportamento bonitinho. Aí eu vim no módulo e depois de um ano e pouco inaugurou o Itajaí.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

A saída do módulo e a vinda para cá foi boa. Trabalhar numa casa sem condições é muito ruim. a saúde é a prevenção, mas as urgências chegam né? As coisas desagradáveis de intercorrências chegam e você está ali para tomar uma atitude de encaminhar para um pronto socorro. A pessoa está na sua frente, às vezes não tem médico, você está sozinha, você recebe e não tem como falar não. Então eu acho que a inauguração do centro de saúde foi uma conquista, eu sonhava com isso desde que eu vim para o Valença. Já tinha o Floresta. O Paidéia traz essa coisa de região que eu não acho bom. Se o paciente te procura e ele não é da região ele tem que ser atendido. Estas coisas são desagradáveis. Tivemos mais médicos, a chegada da enfermeira, O centro de saúde é pequeno, mas você tem lugar decente para trabalhar. Foi uma vitória. Como morador nós também temos um centro de saúde. Que não deveria ser tão difícil de conseguir. As coisas básicas na vida, prevenção de doenças, assumir o trabalho como papel da gente. Por exemplo, você tem que trabalhar oito horas, você tem que trabalhar oito horas e acabou, não tem que vir escolher o que fazer ou não ou disfarçar. Tem que ter visão para tudo. Uma equipe maior. A vinda da Go da PUC, a pediatria da PUC. Acho que deveria ter uma seqüência maior. O Paidéia não é isso, é o momento. Você, chega alguém na sua porta você vai pegar uma cadeira, vai perguntar de onde vem, onde mora. Eu sempre pensei assim. É bem aquele jeito mineiro de ser. Eu já tive várias brigas em hospital por causa disso. É explicar os direitos dela, o que vai acontecer com ela. Aqui você tem possibilidade de fazer isso.

Aqui a gente vê o início da doença, no hospital você já vê a cirurgia, um grau maior. Às vezes você salva a pessoa por ouvir ela, mas isso ainda é falho. Na recepção quando você vai receber de repente você passa por cima deste olhar. Você pode estar sozinha.

A pessoa vai embora, sem ser atendida, acolhida. Eu acho que essa coisa de chegar aqui deveria ser mais garantida. O papel da enfermagem é ouvir e estar trabalhando com o médico e com o enfermeiro, você estar trabalhando você pega muita coisa, aprende muita coisa olhando e ouvindo a pessoa. Tem muita aquela coisa de perguntar ta marcado? Então agenda. E às vezes a gente resolve o problema porque você teve um tempinho para

ouvir. E o gostoso é isso, e o Paidéia é isso, ele obriga um pouquinho a ouvir. Na minha opinião eu acho que deveria ter pelo menos duas pessoas na recepção, para você poder avaliar os casos, ouvir, em particular. O gostoso do centro de saúde é que as pessoas te procuram. Você também tem a fama de chata e antipática tanto por pacientes quanto pelos colegas. As opiniões às vezes não batem.

Eu aprendi que no centro de saúde é mais prevenção, então tem que ter conversa. Eu não sou muito de conversar, mas eu acho que tinha que melhorar mais a conversa.

Devia ter, uma palestra, ...lá no Valença eu já fazia Paidéia, acho que eu sempre fiz Paidéia na minha vida. Porque eu sempre gostei de chegar perto, chamar a pessoa do lado. No hospital eu chegava perto da visita, sempre briguei para o tratamento ser igual. Porque a gente tem aquelas colegas, que chegou o bonito corre para ajudar, infelizmente a aparência da vida conta até quando você vai morrer. Aí chega aquele pobrezinho, encolhidinho, desarrumado, acho que eu tenho um pouco aquela coisa do santo de olhar com humildade. Então pode acontecer do paciente ser esquecido tanto num hospital quanto no salão do centro de saúde. Aquela pessoa que chega não vai nem na recepção. Esta não vai reclamar de nada, então você chega, conversa. O Paidéia traz isso, atender na hora. Mas eu acho que tem que respeitar os meus limites. Por exemplo, o horário de ir embora, porque você tem que ter um limite para o seu descanso, para o teu horário de café, de almoço, ter apoio. Eu acho que falta isso ainda, eu sou tímida, às vezes eu penso em falar com os pacientes sobre o câncer de próstata, de útero, de mama. Mas eu sou tímida.

**3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz?
Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as
potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no
trabalho?**

O meu trabalho no dia a dia é assim, você sai de casa. Nos últimos tempos tem sido cansativo, junta um pouquinho da sua vida particular, eu estou entrando no climatério e tem dez dias no mês que eu tenho dificuldades no trabalho, então eu fico mais na minha.

Mas geralmente eu chego, já vou para a sala, preparo tudo, e vou atendendo, preparo as pastas. Depois que eu vim do módulo, eu aprendi a lidar com criança, então eu ajudo na coleta de sangue infantil, eu tenho uma capacidade gostosa de colher sangue da criança. Quando eu não estou na GO eu vou para a recepção. Eu sou uma pessoa muito metódica, gosto de chamar no horário e dificilmente eu tenho problema no meu setor, porque eu falo com a generalista, com a enfermeira, com o próprio GO. Eu faço muito acolhimento na GO. Colho CO, acompanho gestante. Eu aprendi muito com o médico, e também aprendi pelo livro do Coren até onde eu posso ir, o que eu posso anotar. Toda vez que tem visita do Coren a gente senta lá na sala e ela fala que minha observação está correta. Eu escrevo sempre: queixa: tal coisa e marcado para o doutor avaliar, ou foi medicada por fulano. Eu estou sempre na recepção porque eu pego muita coisa. Eu acho que é um bom acompanhamento. A gente não tem o colposcópio. A gente quer ter um. Sempre tem encaixe. Eu oriento as meninas da recepção que quando não tem médico e nem enfermeiro pode passar comigo, não manda embora. Vejo os encaminhamento dos papéis, tem muita burocracia. Quando o médico está eu fico junto na consulta e vejo o peso e as pressões.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

A prevenção, o tratamento, o acompanhamento, o conhecimento, o interesse. A partir do momento que você entrou numa área, eu sonhei, então é levar apoio e aliviar sofrimento das pessoas. Orientação, de prevenção.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Vontade minha como pessoa. Em casa eu tenho minha família, tenho tanto amor que eu não tenho nem como passar tanto amor. E aqui eu também eu não sei como passar. Então eu acendo uma velinha e peço à Deus e as pessoas que me ajudem a deixar o caminho aberto para tudo. Que eu aprenda e que aprendam comigo Mas no momento eu estou necessitada de aprender e de entender o porque que a gente está aqui no mundo e que as coisas melhorem para todo mundo e que melhorem a forma de eu ver e que Deus

ilumine, porque eu acho que é ele que muda as pessoas, e pedir desculpas às vezes pelas coisa que a gente faz sem intenção. Tanto usuários como os colegas. Nem todos sabem da nossa vida e às vezes a nossa vida faz com que a gente se feche e eu não quero me fechar eu quero passar por esta vida com tudo em aberto. Que Deus deixe tudo em aberto. Que as crianças aprendam, a ter mais responsabilidade. Que os colegas tenham responsabilidade. As pessoas estão muito fechadas, com muitos medos. A nossa passagem na vida tem que ser boa. O que gratifica a gente no trabalho é o olhar de pessoas intelectuais que te elogiam, é muito pouco elogio que a gente recebe aqui. De vez em quando seria bom a gente receber elogios no trabalho da enfermeira, do médico, porque o elogio é a afirmação da gente no trabalho.

Auxiliar de enfermagem nº 7 [AE-7]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Eu não sabia muito bem o que era a enfermagem. A minha ex-noiva ela era da enfermagem e ela disse para eu fazer o curso, eu não queria porque eu não sabia como funcionava. Ia ter um processo seletivo no SENAC. Tinham 500 ou 600 pessoas para 45 vagas. Na época eu trabalhava nos correios. Eu prestei para ver como era e eu passei e comecei a fazer o curso. Logo que eu comecei a fazer o curso eu terminei com o meu noivado. Continuei o curso, comecei a namorar uma menina de Campinas, a gente ficou noivo e ela não queria ficar longe da mãe dela. Mande o currículo para o Hospital Madre Teodora, fiz a prova no mesmo dia. Fiz entrevista a seguir e comecei a trabalhar. Peguei gosto pela coisa, era tudo novo, diferente. Aí precisava de alguém para trabalhar na UTI adulto. Aí eu entrei no posto de enfermagem, na semana que eu entrei faltou um funcionário na UTI, eu fui dar uma força, ajudar nos procedimentos, a enfermeira gostou e depois de três dias ela queria alguém para ficar lá de folguista. A enfermeira disse que me queria lá e eu fiquei cinco anos e meio na UTI adulto. Quando saiu o concurso público eu não queria. Eu já tinha trabalhado em serviço público [correios], não queria de jeito nenhum. Não tinha fundo de garantia.

Eu acho que se eu sou um bom funcionário eles não iriam me mandar embora por qualquer coisa. Aí eu resolvi fazer a inscrição porque minha mulher insistiu. No dia da prova a enfermeira do Madre Teodora liberou um outro funcionário meu amigo, que ia fazer a prova, e me liberou também. Praticamente a enfermeira me mandou fazer a prova. Eu não havia estudado, mas passei. Aí eu recebi um telegrama e fui ver como era. Há quatro anos atrás. O emprego era para ser meu mesmo, o concurso era para ter caducado, não caducou. Aí cheguei no Madre, conversei com eles e não dava para chegar a tempo, porque aqui é muito longe. Eu trabalho aqui e na UTI do Metropolitano. A enfermeira que me contratou no Madre foi a mesma que me fez eu prestar concurso. A coordenadora do Metropolitano era coordenadora do Madre Teodora e me convidou para trabalhar lá.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

No meu primeiro dia aqui, eu cheguei bem cedinho porque eu queria dar uma olhada primeiro na unidade, achei muito bonito. Faltam algumas coisa, mas é que nem uma criança que vai andando e se desenvolvendo com o tempo. Eu estava no corredor e a enfermeira dizia que ia ver o que iria fazer com o funcionário novo que queria conhecer a unidade. Aí eu vi a porta da farmácia aberta e entrei para dar uma olhada, era o único lugar que eu ainda não tinha entrado, aí estava a funcionária da farmácia, com uma fila enorme, aí eu disse para ela me ensinar como funcionava o setor que eu poderia dar uma forcinha. Você faz assim, assim, assim. A enfermeira me procurou em todos os lugares e lá pelas onze horas ela me encontrou na farmácia e já não tinha mais fila. A funcionária da farmácia disse que era para ela não tirar eu de lá de jeito nenhum, e estou até hoje. Bem inclusive eu fiz a troca para o Centro de Saúde mais perto da minha casa, e já tem uma outra pessoa que vai vir para cá que mora aqui no bairro. A coordenadora disse que tem que aceitar o que é melhor para mim. Se eu for esperar o remanejamento pode não dar certo.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

A princípio quando eu cheguei na farmácia a gente tem um controle, nem todas as unidades tem, mas a gente tem. O controle era para a gente ter uma idéia se o paciente estava pegando a quantidade certa de medicamento por período determinado, se ele estava fazendo estoque em casa. Só que estava muito desorganizado, a gente carimbava as receitas e dispensava os medicamentos. Aí eu propus que organizássemos o setor, deixar um controle melhor. Faltava impressos, material. Para você ter uma idéia, eu fiz um modelo de ficha de controle, porque a gente não tinha impresso próprio para o que a ente queria fazer. Eu pedi para tirar xerox e você acredita que a pessoa tirou 200 cópias e desperdiçou material, dinheiro. Faltava muito remédio, resolvemos conversar com a apoiadora do distrito responsável pela farmácia. Aí nós vimos que era necessário controlar para educar o paciente. Aquele que não tem jeito, não tem jeito mesmo, é rebelde, a gente vai ter que fornecer medicamento para ele. Mas algumas pessoas vão entra na linha e quando elas

estiverem na fila elas não vão querer ser diferente. As medicações não estão faltando, o controle está dando certo. Todo mundo colhe elogios, não sou só eu. É que os papéis para fazer os comentários ficam longe e não tem tempo de fazer os registros. Dificuldades que eu enfrento é a implantação das informações no sistema. É terrível, o sistema não funciona, eu nunca mexi no computador e eu estou quase terminando de implantar o sistema de consumo dos medicamentos pelos pacientes de uso contínuo.

O que acontece é que o paciente tem a ficha dele aqui, o que faz uso de medicamento contínuo. Aí ele passa mal e vai, por exemplo, no Mário Gatti. Chega lá ele toma captopril e sai com receita. Chega aqui ele quer mais medicamento e só faz uma semana que ele pegou, alegando que a receita é nova. A gente não dispensa. A outra funcionária tem muita experiência, os pacientes reconhecem, não faltam medicamentos. Nós temos o BEC, mas é tudo manual. Este programa agora foi criado para facilitar o controle de estoque e de consumo. Este sistema não está totalmente implantado, porque eu tenho que lançar nele tudo que eu gasto no serviço, material de consumo de escritório, de limpeza, medicamentos. Este é o primeiro passo e se chama de implantação de saldo. Aí tem o segundo passo que é o lançamento do BEC, tudo que você recebe. Mas o provedor da prefeitura está sempre sobrecarregado, eu não consigo desde a semana passada lançar as informações do Bec do mês passado. O programa é bom, é funcional, mas o provedor sobrecarrega muito fácil.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

Quando eu entrei no hospital Arthur Ribeiro de Sabóia. É terrível, um hospital público. Fica no Jabaquara, tem muita violência, atropelamento. Não é terrível pelo atendimento, mas pelo lugar que ele fica. Eu vi um paciente numa cadeira de rodas. Eu lembrei do meu pai. Ele sofreu um acidente muito grave quando eu era pequeno e tinha doze anos, e eu consegui entrar no hospital, passei pelo guarda correndo. Eu achava que meu pai ia morrer, depois de estar lá por dois meses.

Ele ficou com dois drenos de tórax, limpinho, estava lendo uma revista. O hospital público oferece um serviço de qualidade. Quando eu cheguei aqui, logo depois teve a primeira coleta. O pessoal estava super sobrecarregado, eu pedi para a enfermeira ir lá ajudar, ela deixou. Eu pedi para ela me auxiliar com a coleta a vácuo, porque eu só sabia colher sangue com agulha. Eu morro de medo do vácuo. A enfermeira disse que tudo bem, eu fechei a farmácia e fui lá ajudar o pessoal e me dei super bem. Depois o pessoal não queria que eu saísse de lá. Tinha uma escala quem trabalhava na coleta um dia, não trabalhava outro. Mas eu e a outra funcionária da farmácia íamos sempre trabalhar juntos na coleta. O que eu vejo é a qualidade. Acho que não tem problema fechar a farmácia durante a coleta, o atendimento é fraco. Mas a enfermeira definiu que farmácia não deveria ficar fechada durante a coleta e na hora do almoço. Tem funcionário que reclamou da farmácia ficar fechada. Hoje ela não fecha mais. Eu atendo pouca gente nestes horários, mas fazer o que?

Eu vejo o trabalho aqui como uma engrenagem, desde o meu primeiro trabalho.

Sua família é uma engrenagem, o trabalho é uma engrenagem, casamento é uma engrenagem se de repente você não põe óleo não funciona direito. O óleo pode ser qualquer coisa, um pouco de atenção, respeito mesmo. Às vezes não é que a pessoa é chata, mas às vezes você se chateia. Porque ela não vê o mundo do mesmo jeito que você vê.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Eu desejo que houvesse diminuição da jornada de trabalho para seis horas, não para que eu pudesse trabalhar menos, o salário menor você acaba se adequando. Acho que abriria muitos empregos. Ao invés do governo dar aumento, ele diminuísse a jornada de trabalho, geraria muitos empregos. Eu não penso só em mim. O que é qualidade de vida? Não é eu ganhar bem e morar na minha casa e a pessoa que está ao meu lado não tem um arroz e feijão. Qualidade de vida é todo mundo ter casa igual. Eu não sou socialista, sou capitalista, todo mundo consome conforme quer. Não sei se isso é possível.

Auxiliar de Enfermagem nº 8 [AE-8]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Eu comecei a trabalhar na PUC, trabalhei na enfermagem de pediatria durante 5 anos. Quando eu fiquei sabendo que haveria concurso público, eu já estava cansada de trabalhar em hospital, sem fins de semana, sem feriados. Eu tinha tido filho, eu queria ficar mais tempo livre. Eu fiquei sabendo que na saúde pública eu conseguiria ter este tempo então eu vim por causa disso. Aí prestei concurso, entrei bem no concurso e pedi as contas da PUC, para entrar na rede. Quando eu entrei eu decepcionei, porque era totalmente diferente de onde eu estava. O trabalho era mais de prevenção, de grupo. Eu entrei no centro de saúde Floresta antes mesmo de ser o projeto Paidéia. Tudo que eu tinha aprendido no hospital eu esqueci. Porque o trabalho é mais preventivo, trabalho com grupo. Eu não concordava com o trabalho de recepção. Achava que a enfermagem não deveria fazer este trabalho.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

[Perdi a informação.]

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

[Perdi a informação.]

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

[Perdi a informação.]

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

[Perdi a informação.]

Auxiliar de Enfermagem nº 9 [AE-9]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Eu trabalhei na PUC na UTI um ano e oito meses. Depois prestei concurso na prefeitura e entrei, fui trabalhar no São Domingos. Lá eu fiquei durante um ano, não tinha coordenadora, nem enfermeira. Eu ficava na Vigilância, na farmácia. Depois eu fui para o CS faria Lima. Ficava na Vigilância à pedido do distrito, porque ninguém sabia e gostava de ficar nesta área. Depois eu fui para o centro de saúde Carvalho de Moura e também a pedido do distrito e também para trabalhar com a vigilância. Aí eu vim para o Itajaí.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

O centro de saúde já tinha sido inaugurado, mas ainda estava fechado para o público. A sala de vacina foi sendo formada. Eu sempre fiz as coisas. Aqui eu sinto que há muita dependência da enfermagem em relação aos médicos e em relação às enfermeiras.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

Eu faço aqui o trabalho da farmácia, da saúde mental e da vigilância. Tomo cuidado para não deixar faltar medicamento, treinei o funcionário que está comigo, mas que vai embora. Percebo que quando eu trabalhava no distrito sul eu tinha apoiador três vezes por semana, aqui na noroeste não, e não faz diferença alguma no nosso trabalho. Eu nunca tive minha autonomia podada. Há dificuldades de trabalhar com os colegas e de trabalhar em equipe.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

Acho que tenho que precisa, ter vocação para trabalhar na saúde. Eu gosto muito do que eu faço. Faço com prazer e faço para ajudar.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Acho que precisamos de maior resolutividade no trabalho, com mais autonomia, superar as dificuldades de trabalhar em equipe e ter vida nova.

Enfermeira nº 1 [E-1]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

A minha mãe é enfermeira e antes dela ser enfermeira ela era auxiliar. Eu cresci com isso, desde pequena eu queria ser enfermeira. Então ela de uma certa forma acabou me influenciando, sem ela querer, mas acabou me influenciando. Antes de me formar eu trabalhei com "trainee" na Casa de Saúde, no hospital, mas eu sempre quis. Depois que eu iniciei meus estágios em saúde pública na faculdade, eu já quis atuar nesta área, por sua causa Vivi. Gosto muito de estar próxima das pessoas, de estar ajudando, de estar trabalhando com prevenção, com orientação, com atividades coletivas, atividades em grupo, então isso, de uma certa forma me fascinou e colaborou para eu estar hoje aqui.

A área hospitalar ajuda a gente muito, nas vivências das técnicas, aprendizagem, trabalhar em um hospital escola é um privilégio, você acaba aprendendo muito na convivência com os alunos, se envolvendo muito no trabalho dos alunos. Agora tem os prós e os contras. Na atenção primária a gente tem mais autonomia para estar trabalhando, estar desenvolvendo. Agora no hospital é diferente. Eu sou supervisora, mas eu respondo para outras pessoas que responde para outras pessoas e para outras pessoas. O organograma da hierarquia é diferente. Então até você chegar até as informações, o modo de comunicação, este fluxo de informações acaba atrapalhando um pouco. É muito difícil você ter a resposta daquilo que você quer no tempo que você quer, então isso dificulta um pouco. Não é fácil, é terrível manter dois empregos, um na área hospitalar e outro na área da saúde pública, por todas as diferenças que esta realidade me traz, mas eu mantenho o meu trabalho no hospital por uma questão financeira, eu preciso ter dois empregos. Se eu tivesse condição de ficar com um emprego só eu ficaria com a saúde pública, não tenha dúvida.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

Eu cheguei aqui faltavam quatro meses para o Centro de Saúde completar um ano. A equipe estava quase completa, faltavam dois auxiliares de enfermagem e eu, uma enfermeira. E assim ela não estava muito bem estruturada, e até hoje não está, existem duas equipes, mas a equipe em geral não sabe trabalhar cada uma na sua equipe, todo mundo tá

crescendo e a gente tá crescendo junto, mas falta ainda muita coisa, a mudança de coordenação acrescentou muito na vivência dela em outro serviço como coordenadora, tá ajudando muito. Toda esta movimentação que ela faz está ajudando muito na organização do centro de saúde.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

Eu chego, sempre tem alguns pacientes agendados, tem dias que tem, tem dias que não tem. A gente está mudando a nossa agenda, estamos começando a fazer pré-natal e puericultura a partir da semana que vem. Nós fizemos reuniões com os pediatras e com o ginecologista. Consultas intercaladas entre medicina e enfermagem. Eu sempre chego às sete, mas nunca tem paciente agendado às sete, sempre a partir das oito, assim dá tempo para eu ver se o quadro está completo, se precisa de remanejamento. Nos dias de coleta se precisa de ajuda eu entro na coleta. Se tem alguma coisa para resolver, se tem paciente para convocar, é preferível que o enfermeiro faça pessoalmente, dependendo do caso, para que a gente possa conversar com a família pessoalmente e não deixar que o agente de saúde vá. Se tem acolhimento eu atendo. Em geral se tem atendimento eu faço, se tem alguma coisa para passar para o médico eu já passo. Eu dou aula de Lian Gong. Faço visita domiciliares e visitas de óbitos. Nós temos o Núcleo de Saúde Coletiva, estamos estruturando, está bem devagarzinho, estava bem adormecido, mas temos reuniões toda semana e vamos fazer visitas às creches. Tem dois períodos que eu não agendo nada, porque não tem médico e sem eles é terrível fazer acolhimento de pacientes. Eles chegam com pressão alta, alcoolizado, drogado. Falta retaguarda do médico para auxiliar na realização do acolhimento. Este é um dos aspectos dificultadores. Outra coisa é o absenteísmo de funcionários, que é alto. A gente já chamou, inclusive o apoiador do distrito para conversar. No início eu tive muita dificuldade aqui, eu sou nova, mas eu já trabalhei na atenção primária. Era uma equipe pequena, eu de enfermeira, um generalista, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes de saúde. Numa cidade pequena, numa população que não tinha nada, muito complexo em termos de necessidades de saúde. A população era do campo.

Não tinha a violência que tem aqui. Eu aprendi muito, aprendi muito com a outra enfermeira. Eu vi muita coisa diferente do que eu fazia lá e o que eu faço aqui. Os médicos queriam me tirar daqui, diziam que eu não fazia acolhimento direito, que eu dava tudo para eles. E não era bem isso. Pelo absenteísmo dos funcionários, eu fazia o que dava para fazer e alguns pacientes eu passava para eles, não porque eu não queria fazer, mas porque eu não podia fazer naquele momento. Mas depois a gente sentou e conversou, tivemos várias reuniões. Agora está tudo bem.

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

Promover a assistência e uma boa assistência, fazer com que quem vem aqui, que ela saia daqui satisfeita, não precisa nem ser no momento, pode ser mais para frente, mas que ela fique satisfeita com o tratamento, com algum projeto que ela esteja inserida. Educação e mudar o modo de viver das pessoas.

Hoje eu acho que melhorou muito o trabalho integrado da enfermagem em relação aos outros. Tem muita coisa para acontecer ainda e para melhor. Pela minha experiência de vida, o que eu já vivi e o que a outra enfermeira já viveu, acho que ela tem muito mais a contribuir do que eu, mas eu acho que eu contribuo bastante também. Muita coisa eu já mudei. Eu tenho um bom relacionamento com a equipe de enfermagem em geral, com os agentes, com a coordenadora, a minha relação com os médicos melhorou bastante, fazer atendimentos conjuntos.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Tudo que a gente quer, quando a gente coloca um objetivo na vida da gente, estipula uma meta, por mais difícil que seja, a gente sempre consegue. É só ter força de vontade. Às vezes dá vontade de largar tudo e sair correndo, mas a gente tem que ser mais forte do que isso. Porque depois a gente vê o valor que a gente tem, as pessoas vêm também o valor que a gente tem e isso é muito bom.

Enfermeira nº 2 [E-2]

1) Percurso de vida e profissional que o [a] aproximou da enfermagem e da saúde pública.

Eu comecei meio diferente, porque eu era faxineira, mas eu precisava de um emprego fixo. Aí eu fiquei sabendo que o Ipaussurama estava fazendo ficha, para trabalhar no centro de saúde. Passei na seleção. Aí eu descobri o que era para eu fazer. Naquela época se pegava pessoas do bairro para trabalhar como auxiliar de saúde. Aí foi a Cida da faculdade de enfermagem que, trabalhava como docente no centro de saúde, que foi treinar todos os funcionários. O serviço era só da PUC e fui treinada no dia também. Quando foi mais tarde eu, resolvi trabalhar no hospital para conhecer, e achava importante porque eu tinha deficiência técnica. Não sabia passar sonda, não sabia fazer certas coisas que são mais da área hospitalar. Aí eu fui tentar emprego na UNICAMP, e lá me disseram que eu somente seria contratada se eu fizesse o curso de atendente de enfermagem. Falei que tudo bem, fiz o curso de atendente. Aí por conta desta lei que não haveria mais atendente, saí da UNICAMP, continuei na rede, porque eu sempre tive preferência pela rede mesmo. Eu tentei depois o segundo grau e depois a faculdade. Prestei a faculdade e entrei. Eu queria mais conhecimento mesmo, a gente começa a ficar defasada, você quer dar mais resolutividade e você não tem. Depois da Faculdade eu senti necessidade de fazer a especialização por conta da gerência, esta coisa de trabalhar conflitos, de trabalhar o subjetivo, que eu acho que é o que pega mesmo. O resto você tira de letra.

2) Contando o percurso que o [a] trouxe para o Centro de Saúde Itajaí.

Eu estou aqui no Itajaí há um ano. Tive uma boa recepção por parte dos funcionários, porém com uma certa dificuldade, porque esta equipe estava acostumada que o médico mandava. Como no módulo não tinha enfermeiro, era tudo tocado pelos auxiliares e pelos médicos. Eu vim na semana de inauguração do Centro de Saúde, eu vim para trazer a mudança para cá mesmo, então foi difícil para mim trabalhar aqui, porque aí o pessoal não sabia se ouvia eu ou se ouvia os médicos. E os médicos já estavam acostumados a mandar nos auxiliares. Então eu tive que trabalhar aquela coisa de que tem uma equipe de enfermagem e que cabe ao enfermeiro a responsabilidade pela equipe, que envolve

COREN, envolve cuidado técnico mesmo, que é diferente da medicina. Eles têm muito aquela coisa de que o médico é melhor do que o enfermeiro, sabe aquela coisa? Ele é o chefão. E os próprios médicos tem postura. Então foi muito difícil. Teve um protesto contra mim, dizendo que eu estava querendo ser médica. Era um tal deles trazerem o ato médico para brigar comigo e eu trazendo o Coren para brigar com eles. Teve um enfrentamento grande no começo para eu mostrar para eles que eu tenho leis que protegem a minha profissão é diferente deles que tem um projeto de lei e que não está nem aprovado ainda. Eles alegavam que eles são os médicos e que é eles que mandam, pelo ato médico. Então eu tive muito problema no começo, depois a gente conseguiu ir se incorporando, eles conseguiram ir conhecendo e hoje está mais tranqüilo. É claro que tem alguns resquícios, mas que é natural porque sempre foi assim, então você vai trabalhando devagar este olhar diferente. Considero que neste ano que eu estou aqui, já tivemos muitos avanço, mas ainda é muito forte esta postura centrada no médico, já consegui quebrar muitas barreiras. Eles mesmos fazem questão de dizer que perderam espaço, que perderam tudo. A idéia não é esta, somos funcionários iguais e cada um fica com as suas diferenças e trabalhar estas diferenças é muito complicado. Quanto à enfermagem eu percebi que foi muito difícil para eles porque eles não sabiam a quem ouvir. Nós também tínhamos uma coordenação anterior bastante complicada, tanto que acabou saindo mesmo, por conta de divergências de pensar e agir, muito medicalizado. Então nós tivemos vários problemas juntos na verdade. Eu dava uma condução e ele, o coordenador dava outra e passava por cima mesmo. Então nós não tínhamos integração. Por mais que se tentasse, não deu certo, não se enquadrou, e acabou saindo e hoje nós estamos com a nova coordenadora. Ele não tinha competência técnica para decidir ficar de um lado ou de outro, ele não sabia quem estava certo, então o que ele decidia estava decidido. Como eu era sozinha de enfermeira, e o pessoal estava acostumado a trabalhar desta forma, medicocentrado, então eu perdia muita força.

Foi onde eu disse que trabalhar sozinha não dava. Era muito puxado, tem várias intercorrências por conta de muitas variáveis e não dá. Eu preciso de alguém para trabalhar comigo, para dar um apoio, eu chamei o distrito. O pouco que eu construí acabava desconstruindo por conta de visão diferente, não é nem por mal, é apenas visão diferente. E isto pôs muita coisa a perder no começo e desmoronou depois. Agora reconstruir está difícil e você tem funcionários difíceis, complicados. Eu acho que tem uma coisa na prefeitura que

é muito complicado, que é esta questão da estabilidade. Tem funcionário que é muito velho e acha que pode fazer tudo porque é estável. E cá entre nós é por aí mesmo. Eu já vi gente que roubou e não aconteceu nada. Infelizmente isso é um complicador, porque as pessoas não se sentem ameaçadas. Aí, você começa a trabalhar de outro lado, mais no pessoal, tentar ganhar a pessoa, mas este é um trabalho de formiguinha. Tem hora que eles te desrespeitam ao extremo e acham que está tudo certo, está tudo normal. Eles podem se melindrar e você não. Tem estes conflitos, e eu fiz minha monografia sobre este tema, e agente vai ter trabalhar no dia a dia. É uma construção. Eu consegui a chegada da outra enfermeira. Ela está se posicionando agora na equipe. Eu digo para o pessoal que não dá para cobrar determinadas coisas dela. Ela está ainda chegando no serviço. Uma coisa é ter 22 anos de rede como eu, tudo bem que eu era auxiliar, outra é ter bem menos tempo formada a dois anos, apesar de ela já ter tido experiência na atenção primária. Tem que dar um tempo para ela. No início houve algumas dificuldades em relação à ela, mas agora já amadureceu, já está mais tranqüilo. Estão vendo que cada um é cada um. Eu sou eu, ela é ela. Temos funcionários com muitos problemas pessoais, que acaba passando para cá e fica difícil, porque mexer com o subjetivo é difícil. Você acaba tendo conflito, às vezes faz alguma coisa que não era por aí, então você tem que procurar entender.

3) Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz? Quais os limites e dificuldades que você encontra? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no trabalho?

No dia a dia de trabalho é apagar incêndio mesmo. A gente não tem um consenso do que é acolher na unidade. Eu tenho um entendimento que acolher que é diferente do que é hoje na atualidade. Só que é um trabalho que você tem que ir construindo mesmo. Talvez eu esteja errada, não sei. O que eu vejo hoje é que estamos longe do que eu conheço do que seja o acolher. É um pouco o trabalho que eu estou tentando trazer para a equipe para a gente melhorar esta questão do acolhimento. E isso nós, enfermeiras e coordenação estamos levando para a equipe toda, entrar neste processo de entendimento, então enquanto isso, acaba sobrando muita coisa e acaba sobrando muita coisa que poderia ser resolvida por membros da equipe, e acaba ficando centrado no médico ou no

enfermeiro. A gente tem pouco funcionário, não tem como destacar um deles para fazer o acolhimento. Você fica no acolhimento sozinho e não acolher em equipe, não faz coisas que são suas mesmo, que é de gerenciar, de cuidar da equipe, de tirar dúvidas tem muita gente que eu vejo que precisa de eu estar mais perto e isto me angustia, porque eu não dou conta ainda. Mas é um processo que estou começando a chegar lá. Pelo menos a pensar a melhorar isso. O que melhorou bastante foi a entrada da nova coordenação

4) Quando você pensa no seu trabalho, quais as finalidades você acha que ele tem?

A finalidade é atender à população é garantir um atendimento de qualidade. Só que quando eu falo para você que eu fico apagando incêndio eu não atinjo esta finalidade. Fico fazendo aquilo, aquilo outro. Aquela coisa louca. Você não consegue fazer um trabalho preventivo mais efetivo, que na verdade é oferecer um bom atendimento à população. Fazendo uma auto-avaliação, eu acho que é um bom trabalho. No dia a dia você acaba querendo que as pessoas sejam iguais a você e não é assim. Eu sou meio “taqui”. Às vezes a pessoa fica mais atrás, ela não está na mesma sintonia que você e isto emperra um pouco. Talvez se eu parar, pensar e refletir e voltar um pouco mais para trás e assim conseguir avançar. Eu não sei se isso é um complicador ou um facilitador. Tem hora que eu acho que é um complicador, tem hora que eu acho que é um facilitador. Às vezes você tem que levar a equipe mais para frente, e às vezes tem que voltar para ela te acompanhar. Eu estou tentando achar o equilíbrio. Às vezes acontece de você ficar baqueada, mas tudo bem.

5) Há alguma coisa mais que você gostaria de deixar registrado? Sobre o seu trabalho, sobre a sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

Estou sentindo a necessidade de ser mais explícito. Isto está pegando muito para mim. As pessoas estão insatisfeitas e você nem sabe porque. Assim a gente pode trabalhar melhor.

ANEXO 6 - Relatos da entrevista coletiva

A entrevista coletiva foi dirigida aos auxiliares de enfermagem, sem a participação dos enfermeiros. O encontro foi marcado de comum acordo com os participantes que manifestaram o desejo de estar presente no momento da reunião. O local foi no próprio centro de saúde, às 16:00, em um dia em que os próprios funcionários relataram ser tranqüilo. Chamou-me a atenção para o empenho dos funcionários em arrumar o dia, horário e local para que a reunião se realizasse, garantindo o maior número possível de funcionários presentes.

Bem eles estavam certos. A unidade estava bastante tranqüila, as enfermeiras presentes no serviço, deram cobertura junto com os agentes, para poder facilitar a participação dos funcionários na atividade proposta.

Participaram do encontro, sete dos 11 auxiliares pertencentes ao quadro. Uma delas, não havia participado da fase de entrevista por que se encontrava em férias e no dia do grupo focal foi convidada e desejou fazer parte. Outra funcionária está afastada por motivo de doença. Uma terceira funcionária se encontrava em atividade de saúde coletiva em uma escola naquele momento e uma quarta funcionária, pertence ao Valença e somente comparece ao serviço para cumprir hora extra. Neste momento do grupo ela já havia ido embora. Cabe dizer que esta funcionária não participou da entrevista, apesar de ter sido convidada inúmeras vezes, porém percebi que não havia disponibilidade. Uma outra funcionária não estava no serviço por motivo de falecimento do pai naquela semana. Os funcionários presentes solicitaram que um tempo para a atividade não excedesse em uma hora de duração, para que eles pudessem sair no horário de trabalho com suas caronas, horário de ônibus, horário de escola dos filhos entre outros.

Assumido o compromisso iniciei a reunião que foi gravada e neste momento passo à transcrição do seu conteúdo.

Inicialmente eu expus o tema que havia aparecido com mais força nas entrevistas, que foi o do **Trabalho em Equipe**, e que, portanto era esse o tema proposto para a nossa discussão. Como houve concordância, passei imediatamente a uma atividade

de aquecimento do grupo. Solicitei que cada um escrevesse uma característica mais marcante de sua personalidade e do seu jeito de ser. Posteriormente eles devolveram o material para mim, e procedi a mistura e o sorteio novamente. Cada um tinha que ler o que estava escrito e tentar identificar a qual pessoa aquela característica pertencia. Interessante notar como algumas características de algumas pessoas geraram surpresas. Posso pensar que não necessariamente a gente consegue enxergar no outro o que o outro considera mais importante.

Bem, pude perceber que houve um certo relaxamento do grupo, e então passei para a fase seguinte.

Lancei a pergunta sobre o que significava o trabalho em equipe para cada um deles.

AE-1. O que eu sinto da equipe, eu vejo, que há muita ajuda, as pessoas têm me ajudado muito. Tem cobertura, as pessoas colaboram, eu vejo uma equipe maravilhosa.

AE-2. Eu deveria ter saído do Floresta mais cedo, porque problemas a gente tem, dificuldades a gente tem, mas aqui a gente tem coleguismo que lá eu não tinha, a forma como eu fui acolhida. Há diferenças grandes entre um centro de saúde e outro, apesar de serem todos da prefeitura. Aqui o clima é diferente, o ambiente é diferente, o coleguismo é diferente. Lá no Floresta há a barreira dos médicos contra os auxiliares e aqui não.

AE-3. Só completando um pouco o que eles já disseram, eu penso que nós temos problemas, até eu fiquei achando difícil fazer amigo secreto. Que clima temos para fazer isso. Mas de repente a gente pode até começar uma nova fase.

AE-4. Houve momentos que parecia que a equipe ia se quebrar, depois foi melhorando. A gente foi conversando e vendo que as situações que foram sendo criadas aconteciam por pessoas externa à nossa equipe e não por nós. Aí nós começamos tudo de novo. O clima de companheirismo e de ajuda mútua foi recuperado, voltou. A equipe de médicos é unida. Acontece alguma coisa um defende o outro. Acho que na enfermagem tem que acontecer isso também.

AE-5. Aqui todo mundo, toda a equipe é boa. Às vezes eu fico pensando, se tem esta condição porque as coisas não andam, emperram? A equipe se dá bem. Por que não conseguimos andar com projetos?

AE-6. Acho que tudo tem uma resposta. Às vezes uma colega faz uma coisa, que magoa, e a gente guarda por um tempo. Todo mundo faz coisas que magoam. Eu sou assim, até na minha casa. Eu sou verdadeira de fazer e de chegar e me desculpar. Depois a gente retoma com a pessoa e esclarece e fica tudo bem. Não fico pensando, planejando para magoar. Na vida é assim. A gente faz as coisas certas, mas não em reconhecimento.

A gente não tem idade para mudar. Eu espero do trabalho em equipe. Veja, eu já vivi meio século, já vivi 50 anos. Eu quero passar por esta vida bem e quando chegar a hora da morte, estar bem e ter paz, sossego, procurar fazer a obrigação da gente certo. Na vida da gente é mais obrigação do que alguém lembra da gente. Equipe tinha que ter mais firmeza. Quando a gente fala em equipe todo mundo tem que pensar igual. Se a gente quiser fazer um projeto, esta equipe tem que trabalhar junto. Esta coisa de que ter isto de deixar as diferenças e trabalhar.

Dez trabalhando para ir para frente e uma trabalhando para ir para trás, então o negócio não vai. Equipe tem que firmar o pensamento junto.

A segunda questão lançada foi tentar identificar quais são os aspectos facilitadores e dificultadores para a construção do trabalho em equipe.

AE-1. Eu acho que é a definição de um projeto de todos, o projeto não é da equipe enfermagem. Desde os médicos até os agentes.

AE-2. Tem coisas que a gente pode fazer e outras não. Todo mundo sabe o que pode e o que não pode fazer. A gente tem limitações, aí quando a bomba explode você pode fazer tudo.

AE-3. Teve uma época de muita restrição muito grande, agora está mais liberado.

AE-4. Aí entra a ética. A enfermagem não trabalha para o médico e sim ao lado dele. Conhecer o limite do conhecimento da gente é importante. Temos uma questão ética. Nós temos que saber o que cabe a nós.

AE-5. Eu acho que no hospital tem muita diferença, a hierarquia é mais dura.

AE-6. Eu acho que na rede básica a gente tem mais possibilidade de fazer um trabalho conjunto.

A terceira e última questão lançada foi um pedido que cada um poderia fazer para esta equipe de enfermagem, como tentativa de firmar um contrato.

AE-1. Eu queria mais autonomia, mais segurança, acho que é o que falta para a gente.

AE-2. Eu queria pedir mais participação.

AE-3. Mais autonomia, mais firmeza nas posições.

AE-4. Que todos possam trabalhar bem e felizes.

Todos os outros presentes consideraram que os pedidos eram os mesmos.

ANEXO 7 - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ RG _____

tendo tomado conhecimento da pesquisa intitulada: “**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**”, cujos objetivos são:

GERAL: Conhecer o processo de trabalho da Enfermagem e o desenvolvimento de suas práticas na atenção primária em uma Unidade Básica de Saúde.

ESPECÍFICOS:

- Identificar como está organizado o processo de trabalho da enfermagem na atenção primária em saúde;
- Identificar como se articula o processo de trabalho da enfermagem na atenção primária em saúde com as demais práticas desenvolvidas no serviço;
- Identificar, por meio do seu processo de trabalho, projeto de saúde defendido pela enfermagem na atenção primária.

Declaro ter sido esclarecido(a) quanto à liberdade de não participar da pesquisa, se for o caso, sem que esta atitude traga qualquer ônus para a minha pessoa, bem como a possibilidade de me retirar do processo de investigação a qualquer momento que julgar necessário. A pesquisadora Viviana Aparecida de Lima esclareceu que a presente investigação não oferece riscos à minha integridade física, moral, espiritual e psicológica e se comprometeu com a socialização e discussão dos dados obtidos, preservando a minha identidade. Desta forma e nestas condições autorizo o fornecimento das informações necessárias e concordo espontaneamente em participar do estudo, respondendo ao questionário que será aplicado.

Campinas, _____/2004.

Assinatura do colaborador

ANEXO 8 - Termo de autorização da instituição

SOLICITAÇÃO AO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO

Campinas, 14 de julho de 2004.

Ilmo.Sr.

Dr. Eduardo Sant'Anna Vitor
Coordenador do Centro de Saúde Itajai

Prezado Sr,

Venho por meio desta solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada: **O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COLETIVA** nesta instituição , de acordo com o projeto em anexo.

Aproveito o ensejo para esclarecer tratar-se de uma pesquisa em nível de doutorado a ser apresentado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sob orientação da Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke.

Atenciosamente,

Nome do pesquisador: Viviana Aparecida de Lima

Telefone: 32585616/97905325

e-mail:

Nome do orientador: Profa.Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

Telefone: 32565507

e-mail: beth@globocom.br

*Concordo com o referido processo de
Enchafalhado*
Eduardo de Sant'Anna Vitor
Coordenador C.S.Pq.Itajai
Cresp - 42.039

ANEXO 9 - Parecer do comitê de ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 15 de Setembro de 2004

Protocolo 339/04

Prezada Senhora Viviana Aparecida de Lima,

Parecer Projeto: APROVADO.

I – Identificação:

Título do projeto (completo): "O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA".

Pesquisador (a) responsável: VIVIANA APARECIDA DE LIMA.

Orientador (a): ELISABETH DE LEONE MONTEIRO SMEKE.

Instituição onde se realizará: CENTRO DE SAÚDE - ITAJAÍ.

Data de apresentação ao CEP: 10/09/04.

Apresentar relatório: AO TÉRMINO DA PESQUISA.

II – Objetivo:

Conhecer o processo de trabalho da enfermagem e suas práticas envolvidas na/para saúde coletiva na atenção primária em uma Unidade Básica na vigência do projeto PAIDÉIA.

III - Sumário do projeto:

Os sujeitos participantes da pesquisa serão os trabalhadores de enfermagem do serviço, o que corresponde a 11 profissionais da área, sendo 2 enfermeiros e 9 auxiliares de enfermagem. O trabalho será desenvolvido utilizando como instrumentos de coleta de dados primários a técnica de observação direta a partir de roteiro previamente elaborado, diário de campo que permitirá o registro das situações observadas de forma não sistemática e a utilização de um questionário com questões abertas, por meio de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas.

IV - Parecer do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que **define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

V – Informações Complementares

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e.). Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - Data da aprovação: 15/09/2004

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.



Prof. Dra. Maria Luiza Cruz
Coordenadora do C.E.P.S.H.P
PUC-Campinas