

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA: ANGELA CRISTINA MARQUES CORBISHLEY
ORIENTADORA: LAURA TAVARES RIBEIRO SOARES

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL EM
SAÚDE COLETIVA**

RIO DE JANEIRO
1998

Laura M. Soares
Angela C. M. Corbishley

CORBISHLEY, Angela Cristina Marques

O Trabalho de Enfermagem no Processo de Construção de um Modelo Assistencial em Saúde Coletiva. Angela Cristina Marques Corbishley. Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 1998.

xxvii, 305f.

Tese (Doutorado) UFRJ, EEAN, 1998.

1. Enfermagem-Trabalho. 2. Saúde Coletiva. 3. Unidades Básicas de Saúde.

Este tese é dedicada às pessoas que foram as mais importantes para mim, durante o seu processo de elaboração. Com elas tenho a relação do sentimento, do amor:

– ao Doug, pela certeza nesta trajetória. Foi você quem me mostrou a possibilidade de um vôo mais alto, mais bonito e mais gostoso!

– às minhas filhas queridas, Priscyla e Tatiana, razões da minha vida. É maravilhoso ter vocês para me fortalecerem!

AGRADECIMENTOS

Sou sensivelmente e, mais do que isto, profundamente agradecida aos colaboradores diretos e indiretos deste processo coletivo de construção. São muitos os participantes desta trajetória, muita gente atenta e atenciosa, cuidadosa e carinhosa. Porém, seria imensamente injusto não destacar a participação das pessoas e instituições que contribuíram de forma especial. Assim, agradeço também de forma muito especial:

aos usuários e profissionais dos serviços públicos de saúde, que lutam contra os direitos desiguais;

às enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, comprometidas com a consolidação da cidadania;

aos participantes da pesquisa, que me deram esta grande oportunidade de pensar, compreender e registrar um pouco mais sobre o trabalho de enfermagem. Considero-os co-autores desta tese. São deles os depoimentos sobre o trabalho no cotidiano das unidades de saúde;

às professoras do Curso de Doutorado, Ieda Barreira e Suely Baptista, pela felicidade e pelo privilégio de ter sido sua aluna;

às professoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Universidade Federal de Juiz de Fora, que, concordando com a minha liberação para cursar o doutorado, permitiram o meu crescimento pessoal e profissional;

ao Luís Eugênio Delgado, que, como Secretário Municipal de Saúde de Juiz de Fora, na época de realização do trabalho de campo, possibilitou-me o ir e vir dentro da Secretaria, facilitando o meu estudo;

ao Doug, pelo socorro às minhas dificuldades com o computador e pelo auxílio na digitação do texto;

ao Márcio e à Ana Paula, pela ajuda preciosa na coleta de dados;

ao Sidney, pela digitação caprichosa das entrevistas transcritas;

à Ana Paula, pela grandeza do seu silêncio, ajuda precisa em muitos momentos;

às amigas, enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde, Lucy, Dora, Ivana, Beatriz e Marize, pela oportunidade da troca;

à Lígia Viana, pelo companheirismo;

à Cristina pela solidariedade;

à Sônia, pelo atendimento competente e imediato às minhas solicitações, durante os três anos de curso;

à Maria, pela cumplicidade no processo de formação;

à Lígia Mohallem, pela constante presença durante a elaboração do trabalho;

à professora Laura, pela orientação deste estudo, ora ajudando-me na reformulações necessárias, ora favorecendo a minha instrumentalização com sua formação sólida.

ao CNPq, pelo apoio financeiro.

“A miséria é filha do subdesenvolvimento, mas não é qualquer modo de desenvolvimento que a faz desaparecer. Na verdade, um estilo de crescimento que mantenha as pautas de exclusão social, econômica e política pode tornar-se seu padrasto. Pobreza é destituição, marginalidade e desproteção. Destituição dos meios de sobrevivência física; marginalização no usufruto dos benefícios do progresso e no acesso às oportunidades de emprego e consumo; desproteção por falta de amparo público adequado e inoperância dos direitos básicos de cidadania, que incluem garantias à vida e ao bem-estar” (ABRANCHES, COIMBRA & SANTOS, 1987, p. 16).

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, Legislação Federal - Lei n.º 8080, 1990, p.55).

“A enfermeira, ela labora muito mesmo por aqui, sabe? Muito mesmo, e inclusive, eu gostei, particularmente, do jeito dela tratar o povo, entendeu? Tratar a comunidade ..., ela é assim (...), ela é o povo, entendeu? Ela é o povo. Então tudo que diz respeito a comunidade, ela tá sempre junto ali, entendeu? Pra ajudar, prá ajudar no que ela pode, em tudo ela vai na luta junto com a gente, em tudo” AUX. 2.1.

RESUMO

O objeto deste estudo é o trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde e sua articulação com o trabalho global em saúde coletiva, mediados pela proposta de organização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Seus objetivos são: 1. Caracterizar o trabalho de enfermagem, bem como suas relações com os trabalhos dos outros profissionais em diferentes unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais. 2. Discutir o trabalho de enfermagem diante da proposta de mudança do modelo assistencial em Juiz de Fora. 3. Analisar o trabalho de enfermagem, em um contexto de construção do SUS, na configuração do processo de trabalho em saúde coletiva. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, que utilizou como método de investigação o materialismo dialético. O estudo foi elaborado em duas grandes etapas: a primeira foi a caracterização das unidades, realizada a partir da aplicação de um formulário, resultando na classificação de três tipos: unidade de tipo tradicional, unidade de tipo de transição e unidade de tipo inovador. A segunda etapa foi o estudo do trabalho de enfermagem inserido nestes tipos, através de entrevistas com os profissionais e usuários, observação participante nas unidades e análise de documentos disponíveis nas unidades e na Secretaria Municipal de Saúde. A versão preliminar do relatório final da pesquisa foi lida e validada por vários participantes da mesma. Foram utilizados como referencial teórico os fundamentos históricos e conceituais da saúde coletiva, do processo de trabalho em saúde e do modelo assistencial preconizado pelo SUS. Comprovou-se a tese de que o trabalho de enfermagem, caracterizado nos diferentes tipos de unidades básicas de saúde existentes em Juiz de Fora, acompanha o trabalho em saúde coletiva no Brasil. Esse trabalho é, simultaneamente, “condicionante” e “condicionado” pelo modo como se organiza a prestação dos serviços nessas unidades. O trabalho de enfermagem em saúde coletiva, articulado ao de outros profissionais, vem-se transformando, acompanhando o processo de construção do trabalho em saúde coletiva em geral. Esta transformação, dentro de um movimento contraditório de avanços e retrocessos, alienação e tentativa de superação, pode ser visualizada através de ações e discursos dos profissionais e usuários. O SUS é a tradução prática e histórica desse processo. Da análise do trabalho realizado nos três tipos de unidades básicas de saúde, que mostrou a transição do “velho” para o “novo”, emergiu uma segunda tese: a

de que o novo pode existir no mesmo contexto do “velho” e do de “transição”, convivendo com as mesmas determinações gerais. Foram, portanto, as particularidades de cada uma das unidades que evidenciaram a existência desse novo.

ABSTRACT

The focus of this study is the work of nursing in public health centers and its link with the global work process in Collective Health, brought together by the proposal for the organization of health services proposed by *SUS* (Unified Health System). The objectives of the study are: 1. Characterize the work of nursing, as well as its relation to the work of other health professionals in different Public Health Centers in *SUS/JF*, Juiz de Fora, MG, Brazil; 2. Discuss the practice of nursing considering proposed changes to the health welfare work model in Juiz de Fora; 3. Analyze the work in nursing in the context of the construction of *SUS*, within the work process of Collective Health. A qualitative research was conducted, which utilized dialectical materialism as the method of investigation. The study was conducted in two principal stages: the first, a characterization of the public health centers, resulting in a classification of three types: the traditional health center, the transitional health center, and the innovative health center. The second stage was the study of the work of nursing inserted into these three types of health centers through interviews of health professionals and clients, participant observation, and analyses of documentation available at the centers and with the Municipal Health Secretary. A preliminary version of the final report was presented to and validated by part of the group participating in the study. The fundamental history and concepts of Collective Health, the work process in health care and the health welfare work model proposed by *SUS* were used as references. In this study, the thesis was confirmed that the work of nursing in Public Health Centers, characterized by the different types existing in Juiz de Fora, accompanies the work in Collective Health in Brazil. This work simultaneously affects and is affected by the way the rendering of services in the health centers is organized. The work of nursing joined with the work of the other professionals in the public health centers in Juiz de Fora has been changing, accompanying the process of construction in which the work in Collective Health in general is found. This transformation, within an environment of advances and retreats, alienation and the attempt to overcome obstacles, can be seen through the actions and behavior of the health teams and clients. *SUS* represents the practical and historical translation of this process. Through the analysis of the work realized at the three types of

centers, which demonstrated the transition from “the old to the new,” emerged the second thesis: that the “new” can exist in the same context as the “old” and “transition”, sharing the same general determinations. The particular characteristics of each center, therefore, showed the existence of this “new.”

RÉSUMÉ

L'objet de cette étude est le travail infirmier dans des unités de santé de base et son articulation avec le travail en santé communautaire, tels que médiatisés par la politique d'organisation des services préconisée par le Système Unique de Santé (SUS). Les objectifs de l'étude visent à : 1- Caractériser le travail infirmier en tenant compte de ses relations avec le travail des autres professions dans différentes unités de santé de base du SUS/Juiz de Fora, Minas Gerais; 2- Examiner le travail infirmier en fonction des projets de changement du modèle d'assistance à Juiz Fora; 3- Analyser le travail infirmier dans le contexte de la mise en place du SUS, à l'intérieur de la mise en forme plus globale du processus de travail en santé communautaire. Cette étude a été réalisée avec une méthode de recherche qualitative utilisant le matérialisme dialectique. Elle fut effectuée en deux grandes étapes. En premier lieu, les unités ont été réparties en trois types, à partir d'un questionnaire: un type "traditionnel", un autre "de transition" et enfin un "d'innovation". En deuxième lieu, le travail infirmier a été examiné en tenant compte de ces trois types, à l'aide d'entrevues avec des professionnels et des usagers de ces services, d'observations participantes dans les unités et d'une analyse des documents écrits disponibles dans les unités et au secrétariat central. Une version préliminaire du rapport final a été discutée avec une partie des participants, en guise de validation des résultats de la recherche. Les fondements historiques et conceptuels de la santé communautaire, du processus de travail en santé et du modèle d'assistance préconisé par le SUS ont servi de cadre théorique à la réalisation de cette étude. Une proposition se dégage à l'effet que le travail infirmier, dans les trois types d'unités de santé de base existantes à Juiz de Fora, est tributaire du travail en santé communautaire au Brésil. Ce travail détermine l'organisation de la prestation des services dans ces unités en même temps qu'il est déterminé par cette organisation. Le travail infirmier en santé communautaire, articulé à celui des autres professions, est en pleine transformation, en fonction du processus global de mise en place du travail en santé communautaire. Cette transformation, qui s'opère à l'intérieur d'un mouvement contradictoire d'avancées et de reculs, d'aliénation et de tentatives d'appropriation, peut être observée à travers les actions et les discours des professionnels et des usagers. Le SUS est une traduction concrète et historique de ce processus. De cette analyse, réalisée dans trois types d'unités de santé de base, et qui met

en évidence une transition "de l'ancien au nouveau", émerge une seconde proposition: un nouveau pouvoir existe à la fois dans l'ancien contexte et dans celui en transition, en fonction des mêmes déterminations générales. En conséquence, les particularités de chacune des unités peuvent démontrer l'existence de ce nouveau pouvoir.

SUMÁRIO

	Página
APRESENTAÇÃO	xiv
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – SAÚDE COLETIVA	8
1.1 – A Construção Histórica dos Conceitos de Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Comunidade	8
1.2 – Saúde Coletiva como Campo de Prática	13
1.3 – Processo de Trabalho em Saúde	17
1.3.1 – Trabalho em Serviços - Trabalho em Saúde	17
1.3.2 – O Trabalho de Enfermagem no Processo de Trabalho Coletivo da Saúde	22
1.3.3 – Elementos do Trabalho de Enfermagem e Suas Diversificações	29
CAPÍTULO 2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS E A MUNICIPALIZAÇÃO EM JUIZ DE FORA	35
2.1 – O Setor Saúde - Os Rumos da Reforma Sanitária no Brasil	35
2.2 – O Sistema Único de Saúde – SUS em Juiz de Fora	48
CAPÍTULO 3 – O TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS DIFERENTES TIPOS DE UNIDADES DE SAÚDE	96
3.1 – O Trabalho de Enfermagem no Tipo Tradicional: a permanência do “velho”	96
3.2 – O Trabalho de Enfermagem no Tipo de Transição: a convivência entre o “velho” e o “novo”	132
3.3 – O Trabalho de Enfermagem no Tipo Inovador: a possibilidade da construção do “novo”	183
CAPÍTULO 4 - SÍNTESE	222
BIBLIOGRAFIA	247
ANEXOS	266
LISTA DE SIGLAS	302

APRESENTAÇÃO

Há mais ou menos três anos (1995) a autora desta tese apresentou-se ao processo de seleção do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery. Naquele momento, percebia o Curso como oportunidade para dar continuidade à sua dissertação de mestrado intitulada “A Prática da Enfermagem em um Contexto de Negação da Cidadania: o Caso de um Centro Municipal de Saúde”. Eis agora o resultado: a Tese intitulada “O Trabalho de Enfermagem no Processo de Construção de um Modelo Assistencial em Saúde Coletiva”, que é antes de tudo mais um passo na exploração das idéias que aquele primeiro trabalho propiciou.

Desde 1982, quando a atividade docente da autora – na disciplina Enfermagem em Saúde da Comunidade da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF – envolveu-a com as ações de enfermagem em centros de saúde¹, e com a realização de trabalhos de extensão no Município, ela teve oportunidade de observar e refletir sobre o “fazer” da equipe de enfermagem, no contexto da prestação de serviços de saúde à população. De modo geral, a enfermeira, sempre dispersa, envolvida com a escala de trabalho dos outros profissionais, com a administração dos “centros de saúde” como um todo – desde a falta de lâmpada à falta de médico – com a atenção e com o cuidado ao usuário, com os registros de diversas naturezas, parecia afastada das relações saúde-sociedade. Assim, ao longo desse tempo, inquietações surgiram a respeito da clareza que os enfermeiros tinham do próprio trabalho e da interrelação entre o trabalho de enfermagem e as questões mais amplas de saúde coletiva, tais como o contexto econômico, o político e social do País.

Ainda como docente, a autora teve oportunidade de refletir, coletivamente, sobre o custo social da formação do enfermeiro, o nível de conhecimento dos profissionais e sua grande insatisfação profissional.

Sentindo a necessidade de conhecer a visão da própria equipe de enfermagem e de outros profissionais de saúde acerca do trabalho de enfermagem, do papel que ele representava dentro de equipe de saúde, a autora decidiu abordá-lo como tema da sua dissertação de mestrado. Um dos objetivos foi o de “*analisar os posicionamentos dos*

¹ Denominação das unidades ambulatoriais básicas na época.

integrantes da equipe de trabalho (...) bem como os de seus clientes, sobre a utilidade da prática de enfermagem” (KASCHER², 1990, p. 9). A análise dos depoimentos possibilitou a compreensão de vários aspectos do trabalho de enfermagem no centro de saúde estudado, identificando-o, inclusive, como trabalho subsidiário ao trabalho dos médicos. As considerações finais da pesquisa permitiram refletir sobre a necessidade de o enfermeiro “rediscutir o seu papel e buscar um novo modelo de desempenho”, comprometendo-se com o cliente, enquanto cidadão que tem direito à saúde e, conseqüentemente, à assistência de enfermagem de qualidade. Além desta reflexão, voltada para a enfermagem mesma, considera-se hoje que as demais profissões de saúde necessitam rever seu desempenho técnico e as bases de sua relação com o cliente.

Vivências posteriores no campo de estágio e o contato com o crescente interesse dos pesquisadores da enfermagem pela temática foram despertando na autora a vontade de aprofundar os estudos e melhor compreender as idéias até então observadas e discutidas. Além disso, verificou-se, na tese de livre docência de ALMEIDA (1991), a caracterização da enfermagem como auxiliar à consulta médica, centrada no pronto atendimento às queixas do cliente. Deste modo, a consulta médica individual e as ações de outros profissionais que dão suporte à sua execução, ao invés de se constituírem em um dos instrumentos para alcançar a saúde coletiva, são a finalidade principal do atendimento na rede básica de serviços de saúde. A consonância entre as constatações daquela tese e as que esta autora havia feito em sua dissertação ajudaram-na a confirmar o interesse em levar à frente este estudo.

Esta Tese se insere na linha de pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery intitulada “O Saber da Enfermagem e Suas Dimensões Teóricas e Práticas”. Está dividida em seis partes, a saber: Apresentação; Introdução; Saúde Coletiva; O Sistema Único de Saúde – SUS e a Municipalização em Juiz de Fora; O Trabalho de Enfermagem nos Diferentes tipos de Unidades de Saúde; e Síntese; contando ainda com Bibliografia e Anexos. A pesquisa desenvolveu-se em duas etapas: a primeira, concluída em 1996, foi um estudo preliminar da rede básica de assistência à saúde no município de Juiz de Fora, o qual possibilitou à autora identificar três tipos de unidades básicas, segundo denominação dada por ela própria: tradicional, de transição e inovador. A segunda etapa,

² KASCHER era o sobrenome da autora, na época da dissertação de mestrado.

que representa o conteúdo central da pesquisa, foi o estudo do trabalho de enfermagem a partir de três unidades, cada uma representando um dos tipos identificados.

Os capítulos que compõem a tese não esgotam o objeto pesquisado, revelando elementos carentes de reflexão, que podem ser repensados e discutidos como objetos de novas investigações. É o caso de se ter como temas de pesquisas: o impacto dos serviços públicos na área de saúde, sob a ótica dos usuários; as representações sociais dos profissionais de saúde sobre os programas do Ministério; parâmetros e necessidades de recursos humanos na rede básica de saúde; os diversos setores das unidades básicas de per si separadamente, entre outros. Em relação à enfermagem, assuntos como consulta de enfermagem, participação nos conselhos locais de saúde, prática das imunizações e gerência de unidades básicas, emergiram como possibilidades relevantes para futuros estudos.

Na Introdução descreve-se o problema e os objetivos da pesquisa.

No item “Saúde Coletiva”, analisa-se a construção histórica e a diferenciação entre os conceitos de saúde pública, saúde da comunidade e saúde coletiva; discute-se a saúde coletiva como campo de prática, e o processo de trabalho em saúde; referencial necessário para possibilitar a identificação, a compreensão, a interpretação e a explicação do trabalho de enfermagem em unidades públicas básicas de saúde.

No item “Sistema Único de Saúde - SUS e a Municipalização em Juiz de Fora”, para contextualizar o trabalho da enfermagem nas unidades básicas, analisa-se o setor saúde, os rumos da reforma sanitária e o processo de construção do SUS no Brasil. Para situar o contexto local são levantados dados sobre a dinâmica local de constituição do SUS e uma série de indicadores socio-econômicos do Município.

No item “O Trabalho de Enfermagem nos Diferentes Tipos de Unidades de Saúde” discute-se o trabalho de enfermagem e suas relações, mostrando que ele se vem transformando, acompanhando as transformações do trabalho de outros profissionais e do setor saúde. As transformações puderam ser visualizadas ou percebidas através de ações e discursos de seus próprios trabalhadores, bem como do discurso da equipe de saúde na qual estão inseridos, em um movimento contraditório de avanços e retrocessos, alienação e tentativas de sua superação.

Na “Síntese” são discutidas as possibilidades e limitações que este momento histórico em Juiz de Fora apresenta para o trabalho de enfermagem no contexto de construção do Sistema Único de Saúde.

A abordagem metodológica utilizada está descrita nessa apresentação. O desdobramento dos passos seguidos nessa investigação representa a explicitação da construção da tese, um esforço necessário para a reconstrução da realidade pesquisada.

O interesse em estudar o problema a partir do ambiente em que ele ocorria determinou estrategicamente a escolha pela utilização da dialética como método de investigação.

Para KOSIK³ (1995, p. 37), baseado em Marx, o método dialético compreende três etapas, que segundo a autora respondem às perguntas: o quê?, como? e por quê? Estas etapas são: 1ª) minuciosa apropriação da matéria, pleno domínio do material, nele incluídos todos os detalhes históricos aplicáveis, disponíveis [o quê?]; 2ª) análise de cada forma de desenvolvimento do próprio material [tanto no sentido do material – fatos que conformam o objeto, quanto de sua evidência empírica - como?]; e 3ª) investigação da coerência interna, isto é, determinação da unidade das várias formas de desenvolvimento dos fenômenos em questão [por quê?]. Para o autor, este aprofundamento impede que a investigação se reduza a especulações.

A escolha deste método se deveu, também, à tentativa de coerência filosófica, conceitual e metodológica dentro do campo da saúde coletiva, que segundo EGRY (1992, p. 144) vem a colhendo o “*método dialético de exposição* (e por que não dizer de investigação) e as categorias da dialética materialista, até como uma maneira de se contrapor à produção da vertente funcional - positivista”, já que parece existir um “*vício funcionalista em ver na saúde um valor idêntico e com vida autônoma em qualquer sociedade*” (CARVALHO & LIMA, 1992, p.125), desconsiderando seus determinantes de ordem econômica, cultural, política e social que a colocam em constante mudança.

Desse modo, buscou-se superar essa questão, aplicando-se os princípios da transformação, da totalidade e da contradição, conforme preconiza o método, sem esquecer que ele, em seu total domínio, fundamenta-se nas leis e categorias da teoria

3 Segundo KOSIK (1995, p. 37) MARX distinguia o método da investigação do método da exposição. Para ele, o método da investigação, sem o seu total domínio, levaria a dialética a uma especulação vazia.

dialética. Assim, as categorias ou “leis não principais” também foram seguidas com “seus conceitos específicos que são: o singular, o particular e o geral; o conteúdo e a forma; a essência e o fenômeno; a causa e o efeito; a necessidade e a causalidade; e, a possibilidade e a realidade” (SAUPE & NAKAMAE, 1994, p. 37).

Num primeiro momento, já na tentativa de estabelecer as conexões iniciais do objeto de estudo, focalizou-se o tema através da aplicação dos três princípios referidos, quando foi possível observar que existia naquela realidade o movimento de transformação, não só da prática da enfermagem, mas também da prática de toda a equipe de trabalhadores das unidades básicas de saúde - UBSs. E certamente isso incluiu o caráter de relatividade dos fenômenos, elevando o grau de dificuldade da elaboração da tese; mas não poderia deixar de ser considerado, já que a enfermagem, como parte do processo em saúde, acompanha a idéia da transformação, embutida no próprio processo.

Assim, trabalhou-se com a prática da enfermagem que se iniciou numa determinada época, influenciando e tendo sido influenciada pela mesma; que está em transformação, sofrendo influência do momento atual e influenciando-o ao mesmo tempo; e que continuará a se transformar, apresentando sempre essas determinações recíprocas.

É oportuno considerar ainda que não se trata de uma tese histórica. Embora como sugestão recebida diversas vezes, esta possibilidade foi descartada por não se tratar de acompanhar toda a trajetória histórica até a realidade atual, mas sim de, sem perder de vista o contexto histórico, fazer um recorte no processo de trabalho em saúde, ressaltando-se o trabalho da enfermagem, apropriando-se dele, e nele incluindo os detalhes históricos disponíveis, aplicáveis.

Em relação ao princípio da totalidade, ele também se aplica a este estudo, já que o trabalho da enfermagem nas unidades básicas de saúde não é um objeto isolado. Foi necessário conhecer sua articulação com a estrutura interna do processo de trabalho da equipe de saúde, bem como sua articulação com o contexto social, econômico e político, ampliando assim a visão do problema. Segundo KOSIK (1995, p. 44), “*totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido*”.

O princípio da contradição apareceu em todo o estudo. Para analisar o trabalho da enfermagem foi necessário identificar, conhecer e refletir sobre as contradições da realidade. Se por um lado, para entender a ação transformadora frente ao mundo natural e social (realidade), é preciso considerar que cada homem tem sua própria visão de mundo – formada por princípios, conceitos e convicções – o que determina suas ações como indivíduo ou grupo social, por outro essa mesma “visão de mundo” é determinada social e historicamente. Isto se aplica, por exemplo, aos depoentes da pesquisa, sujeitos, eles próprios, dos processos por eles analisados. Outro nível de contradição trabalhado foi o do existente entre os depoimentos e a realidade observada pela pesquisadora. Esta mesma realidade não se apresentou sempre de forma linear, evidenciando, na aparência, aspectos contraditórios entre si.

Considerando, também, que a dialética adota *“o pressuposto de que idéias gerais e abstratas são apenas um ponto de partida na investigação do social, que o verdadeiro ponto de chegada é o concreto, e que este não pode ser captado por um conjunto reduzido e ordenado de sentenças, mas somente através de sucessivas e variadas abordagens, ou seja, através de uma síntese de múltiplas determinações”* (NOGUEIRA, 1995, p. 37) acreditou-se na sua propriedade para abordagem do tema.

O campo da saúde, campo desta tese, é multidisciplinar, complexo, demanda conhecimentos distintos e necessidades de intervenção na realidade. *“Requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente”* (MINAYO, 1994, p. 13). A lógica dialética, buscando o conhecimento da dinâmica social antagônica, contraditória, conflitiva, onde a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido estão sempre presentes, estuda a realidade em todos os seus aspectos, com todas as suas relações, explicando as suas transformações (MINAYO, 1994, p. 68).

Tipologia do Estudo

Desenvolveram-se estudos multicasos, o que, segundo TRIVIÑOS (1987, p. 136), consiste no estudo de duas ou mais organizações, sem entretanto buscar objetivos de natureza comparativa.

O objeto da pesquisa é o trabalho da enfermagem no contexto dos serviços de saúde coletiva. Assim, foram estudadas três unidades básicas de saúde (uma de tipo tradicional, outra de tipo de transição e uma última do tipo inovador) representantes das trinta e três integrantes do Sistema Único de Saúde, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - SMS-JF, MG, buscando-se a visão de conjunto da realidade. Visão esta provisória, sem ter esgotado a realidade a que se referiu, pois ela é mais rica do que o conhecimento que se possa ter dela. “ *Há sempre algo que escapa às nossas sínteses*”; isso, porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos entender melhor a nossa realidade” (KONDER, 1986, p. 37).

Recursos Humanos da Pesquisa

Na realização do trabalho contou-se mais diretamente com a ajuda das três enfermeiras das unidades que integraram o grupo de pesquisa, de dois alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da UFJF e também com uma enfermeira recém-formada, que participaram da coleta de dados e da transcrição das fitas.

Os Sujeitos da Pesquisa

O produto final da pesquisa foi o resultado de um processo cooperativo que envolveu muitas pessoas. Participaram usuários e trabalhadores de três unidades básicas de saúde, a saber: três enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem, dez médicos, dois assistentes sociais, um dentista, um agente administrativo, quatro serventes, e quatorze usuários das UBS. Participaram ainda de modo informal, fornecendo depoimentos que foram utilizados como complementação ao trabalho de campo, bombeiros que trabalhavam no “Sistema de Resgate”⁴, enfermeiras que trabalhavam com a vacinação BCG, enfermeiras, médicos e assistentes sociais do nível central da SMS/JF.

O Trabalho de Campo

Inicialmente foram feitos contatos com o Secretário Municipal de Saúde e lideranças informais da enfermagem na SMS/JF, com o objetivo de estabelecer um clima favorável à realização do estudo. Na ocasião, foi explicitado o problema a ser

⁴ Ver página 86.

investigado, a metodologia e a forma de participação dos membros da equipe de saúde. Simultaneamente a versão preliminar do projeto foi oferecida para leitura, tendo sido marcada a data para o início do trabalho: julho de 1995.

A focalização do problema, no ambiente em que o mesmo ocorria, possibilitou uma interação maior entre atores, objeto de pesquisa e pesquisadora, com a conseqüente compreensão dos fenômenos estudados.

O trabalho de campo foi desenvolvido em duas grandes etapas, subdivididas em fases não delimitadas rigidamente, possibilitando um constante ir e vir ao foco da pesquisa, no sentido de clarificar o seu objeto. As adaptações necessárias foram feitas de acordo com os recursos disponíveis, o contexto e os objetivos propostos. A primeira etapa foi a caracterização das trinta e três UBSs através da aplicação de um formulário (vide Anexo 9), que permitiu captar os diferentes e, algumas vezes, contraditórios momentos por que passavam as unidades básicas no contexto do trabalho de saúde coletiva. Buscou-se elaborar um quadro geral da situação das mesmas. O preenchimento dos formulários foi realizado por aluno da Faculdade de Enfermagem da U FJF, bolsista do Programa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – PIBIC – CNPq, e pela enfermeira recém-formada. Ambos receberam treinamento para esse fim e foram apresentados aos responsáveis pelas unidades de saúde, através de uma carta (Anexo 10), no sentido de facilitar-lhes o intento.

O processo de caracterização das unidades foi idealizado, tendo em vista evitar a neutralidade do campo, o que costuma ser um dos pontos de dificuldade para o investigador, já que aqui o critério escolhido não foi o numérico. Nesse processo foi possível identificar três “tipos” ou “modelos” de UBS: o tradicional, o de transição e o inovador, sendo escolhidas três unidades representativas desta realidade para a realização das entrevistas e das observações do trabalho executado pela equipe de enfermagem, considerando a realidade nas suas múltiplas dimensões. Para esta seleção foram traçados critérios que serviram de base para a caracterização das trinta e três unidades. Estes critérios foram os seguintes: perfil da oferta (constituído por capacidade instalada, composição da equipe multiprofissional, programas e atividades em desenvolvimento); perfil da demanda (constituído pela área de abrangência, caracterização da população,

demanda reprimida, grupos prioritários de atendimento); e participação da comunidade (existência ou não e forma de participação). Os dados utilizados para a caracterização também serviram como fonte primária de informações para a descrição do processo de trabalho em saúde nessas unidades.

A segunda etapa foi o estudo do trabalho da enfermagem inserido nesses três tipos diferentes de unidades básicas de saúde. Inicialmente foram escolhidas três unidades que representavam os tipos anteriormente relacionados e suas respectivas equipes foram convidadas para a realização do trabalho de campo propriamente dito. No contato individual com os profissionais, aos que se mostraram interessados, foi oferecido o projeto para a leitura. Essa fase constituiu-se na especificação das questões e dos pontos críticos, na busca dos contatos iniciais para a entrada em campo, na localização dos informantes e das fontes de dados necessárias para o estudo, como recomendam LÜDKE & ANDRÉ (1986, p. 22).

Foram realizados testes relativos à observação participante, entrevista e análise documental. Os resultados dos mesmos estão detalhados, respectivamente, nos Anexos 14, 15, 16. Estes testes foram de extrema utilidade para apontar caminhos (por exemplo: modificações nos roteiros de entrevista), superar problemas (por exemplo: escolha dos sujeitos), reforçar previsões (por exemplo: riqueza de informações na entrevista) e finalmente, como forma de validação dos instrumentos. Posteriormente e de forma gradativa, nos meses de janeiro, fevereiro, novembro e dezembro de 1996, nas próprias unidades escolhidas para estudo, foram realizadas quarenta e uma entrevistas individuais gravadas com os participantes das três unidades (três enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem, dez médicos, dois assistentes sociais, um dentista, um agente administrativo, quatro serventes e quatorze usuários, incluídos, nestes últimos, membros dos Conselhos Locais de Saúde) para o registro da informação viva. Devido a problemas técnicos com as gravações, abandonaram-se quatro delas (uma de auxiliar de enfermagem e três de usuários). As entrevistas significaram a produção de um discurso sobre a constituição, não só do trabalho da equipe de enfermagem como do trabalho dos outros profissionais da equipe de saúde, o que permitiu a visualização da existência da relação (ou não) entre eles. Mesmo considerando as impressões subjetivas, as entrevistas traduzem a realidade do cotidiano elaborado intelectualmente pelo entrevistado, fruto de

suas articulações, conhecimento e reflexão. O uso do gravador possibilitou um registro minucioso de dados, colhendo-se o explícito no discurso do informante, além de abrir as portas para o implícito (QUEIRÓZ, 1983).

As entrevistas se basearam em roteiros de perguntas abertas (Anexos 1, 2, 3, 4 e 5), que foram elaborados a partir da bibliografia existente e da experiência da autora com a dissertação de mestrado, que procurou garantir a não diretividade das mesmas, dando liberdade de expressão para os entrevistados. Esse tipo de roteiro permitiu as necessárias adaptações à medida em que se recebiam as respostas do informante, cumprindo a finalidade de ampliar o âmbito da entrevista e abrindo espaços para possíveis e/ou necessários aprofundamentos.

As entrevistas foram agendadas conforme o interesse do estudo e disponibilidade dos participantes, em local por eles escolhido. Os entrevistados preferiram o próprio Centro de Saúde, após ou durante a realização do seu trabalho, dependendo da sua disponibilidade, o que permitiu inclusive a realização de observações complementares. A única exceção foi a entrevista realizada com a enfermeira da unidade considerada de transição, que por motivos pessoais preferiu realizá-la na casa da entrevistadora. A duração das mesmas variou de acordo com o interesse dos entrevistados.

Foi possível observar que as entrevistas serviram, em alguns casos, como instrumento de auto-avaliação profissional, com conseqüências práticas para o trabalho cotidiano, culminando uma delas, após a descrição de situações consideradas problemáticas, numa crise de choro. As entrevistas revelaram, algumas vezes, lutas internas individuais, dúvidas e insegurança dos profissionais.

Em relação às usuárias entrevistadas ou abordadas para entrevistas, observou-se que muitas apresentaram um certo desconforto. Este fato pareceu estar relacionado com a falta ao serviço, constituindo-se em ameaça à permanência no mesmo, ou a necessidade de voltarem rapidamente às suas residências, onde filhos as aguardavam.

A transcrição das fitas foi efetuada por duas enfermeiras contratadas para esse fim, após a primeira audição das mesmas pela autora. Procurou-se, nas várias audições subseqüentes, buscar o sentido que transcende ao emprego das palavras, dos vocábulos e das expressões, já que os discursos nem sempre foram claros e objetivos, apresentando-se, por vezes, contraditórios.

As citações dos atores sociais da pesquisa encontradas no texto são literais, e representam parte do conteúdo dos discursos obtidos com as entrevistas associadas ao conteúdo das observações participantes e ao conteúdo das análises de documentos. Desta forma, os depoimentos selecionados para a composição do texto traduzem a realidade que também pôde ser observada e mesmo vivida pela autora, com sua participação em atividades das Unidades. As citações são identificadas no texto através da abreviatura da categoria profissional (MED., ENF., AUX. ENF., ASSIST. SOCIAL, AUX. ADM.), seguida de um dos números que identificam a Unidade (1, unidade de tipo tradicional; 2, unidade de tipo de transição; 3, unidade de tipo inovador), seguido do número de ordem da entrevista por categoria. Assim, AUX. ENF. 1.1. significa o auxiliar de enfermagem da unidade tipo tradicional, que na Unidade foi o primeiro auxiliar a ser entrevistado.

Concomitantemente à realização das entrevistas, foi efetuada, através de roteiro elaborado para esse fim, a análise documental dos instrumentos legais e documentos internos disponíveis, nas unidades básicas de saúde e na Secretaria Municipal de Saúde (vide Anexo 6).

A observação participante foi realizada nas três unidades, em diferentes épocas do ano, em todos os turnos de atendimento, perfazendo cerca de cento e cinquenta horas. Foi utilizado um roteiro (vide Anexo 8) pela autora e por uma enfermeira, treinada para esse fim, na tentativa de se garantir uma visão fidedigna dos fatos observados. As observações consistiram em exames minuciosos das situações observadas e vivenciadas quando da execução de atividades nas unidades de saúde (atividades realizadas pelo pessoal da enfermagem, enfermeiro ou auxiliar). Estas foram registradas detalhadamente em um diário de campo, logo após a sua realização. Os limites da participação foram discutidos com os enfermeiros participantes da pesquisa, o que se mostrou fundamental para o bom desempenho da mesma, já que, na experiência anterior com a dissertação de mestrado, houve dificuldade para se trabalhar como observadora e como enfermeira, simultaneamente. O grau de participação variou muito, acompanhando o movimento do trabalho na unidade. As ações realizadas pelas observadoras enquanto participantes foram desenvolvidas de modo cooperativo ou assumidas integralmente (por exemplo: aplicação de vacinas, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, preparo

de aerossóis, marcação de consultas, dentre outras). Esta técnica de coleta de dados facilitou não só a integração entre a pesquisadora e o grupo, como também a análise posterior dos dados, com a vivência concreta das atividades realizadas, possibilitando a avaliação do grau de dificuldade ou facilidade na execução de determinadas tarefas.

Desta forma aplicou-se a “*triangulação metodológica*” (KOIZUMI, 1992, p. 44, BETANCOURT, 1995, p.71-74), utilizando vários métodos ou procedimentos de coleta de dados, na tentativa de suprir as deficiências de cada um isoladamente, assegurando sua complementação. O resultado foi a coincidência de alguns dados, aumentando a sua confiabilidade e validade, e a divergência de outros dados, que, expondo as contradições, ampliaram as possibilidades de conhecimento sobre o processo de trabalho em saúde.

Além desses procedimentos, a autora participou de duas reuniões (vide atas das mesmas no Anexo 11) com enfermeiros integrantes do “Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade”, que teve como principal objetivo a formação de profissionais para o trabalho no “Programa de Saúde da Família”⁵. Essas reuniões foram extremamente úteis não só como fonte de dados, mas também como forma de orientação para a pesquisa, além de contribuírem para consolidar as atividades executadas pela enfermagem. Partiu-se de uma lista elaborada pelas alunas-enfermeiras da SMS, que foi amplamente debatida nas reuniões. Esta foi uma oportunidade não planejada, mas bem explorada para atender aos objetivos da tese. O material coletado nessas reuniões foi organizado a partir de pequenos resumos dos assuntos tratados nas mesmas.

A Organização e a Análise do Material

Após a coleta, os dados foram analisados, buscando-se identificar inicialmente as categorias empíricas, considerando-se a tendência predominante com a repetição dos mesmos. Algumas questões particulares presentes nos achados, vistas como importantes, também foram destacadas.

O primeiro passo em relação a esse item foi a elaboração de um formulário intitulado Relatório da Entrevista após a Execução (Anexo 14), que consta, entre outros itens, de uma avaliação com destaque para as informações relevantes e comentários da

⁵ Lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde.

pesquisadora. O preenchimento desse relatório, que se constituiu numa primeira elaboração dos dados, foi realizado sistematicamente, após cada entrevista.

Após as transcrições das entrevistas, realizaram-se leituras sucessivas das mesmas com tentativas de análise, que buscaram identificar os seus pontos comuns. Na organização e classificação dos dados, ordenaram-se os temas emergentes desses mesmos dados, que foram sistematizados e submetidos à interpretação inicial. Trabalhou-se com a repetição dos fatos/dados apoiados nos posicionamentos, razões e evidências. Os pontos comuns que emergiram das entrevistas com os profissionais foram agrupados segundo cada categoria profissional, fazendo parte do que se denominou “organização dos dados obtidos através das entrevistas com os componentes das diferentes categorias de profissionais” (por exemplo: equipe de enfermagem, equipe de médicos, etc.). Em seguida passou-se ao item “tentativa de grupamento dos núcleos de significação para a tese – tentativa de visualizar as categorias empíricas”.

O Roteiro para Observação Participante (Anexo 8), que consta de itens para observação, bem como de uma análise preliminar dos dados, sempre que possível, foi preenchido logo após a observação. Seu produto, denominado “tentativa de organização e grupamento dos núcleos de significação da observação participante do centro de saúde – tentativa de visualizar as categorias empíricas”, foi anexado à análise das entrevistas, para facilitar a identificação das categorias empíricas.

Assim, se decompôs o todo, possibilitando o conhecimento objetivo dos fatos, tendo-se consciência de que nem sempre o óbvio – a aparência – esclarecia o fenômeno em si. Em seguida, buscou-se o significado dos mesmos. Foram isolados desta forma os dados, tornando-os relativamente independentes (cisão do todo), segundo o método dialético. Esses dados sofreram uma posterior consolidação, permitindo a passagem para a etapa seguinte, qual seja, a categorização dos achados segundo o referencial teórico.

Visou-se destacar os pontos essenciais do conhecimento, ampliando a compreensão dos fenômenos presentes no processo de trabalho em saúde, privilegiando-se a enfermagem, buscando as contradições inerentes a esse conhecimento e indicando os níveis de saturação e possibilidades de transformação.

Conclusão do Estudo: Validação dos Resultados

Após analisados, os dados obtidos foram objeto de reflexão, realizada com alguns participantes da pesquisa que se interessaram em colaborar com esta etapa, num processo de “feedback” e de enriquecimento do material. Foi marcado um encontro com cada um deles distintamente, para validação da análise e da categorização. Neste os participantes se dispuseram a fazer, juntamente com a pesquisadora, a leitura da parte do relatório preliminar da tese referente à sua unidade. Participaram desta etapa: três enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem, uma médica e duas assistentes sociais.

A discussão foi validada também pela orientadora da tese.

A discussão e a análise do trabalho como um todo estão embasadas nos princípios do materialismo dialético, com o propósito de que o processo de descoberta seja utilizado não apenas como acúmulo de conhecimento, mas também como tomada de consciência do trabalho da enfermagem integrado à Saúde Coletiva.

A pesquisa tratou de aproximar, comparar, relacionar, e integrar conhecimentos, estando profundamente articulada com a realidade de Juiz de Fora, acompanhando as transformações pelas quais estão passando as UBSs. Parte da mesma já foi utilizada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para embasar a elaboração do Plano Municipal de Saúde para a atual gestão. Além disso, existe uma expectativa por parte dos profissionais em relação ao retorno dos resultados.

A Tese é um passo na direção do conhecimento acerca do trabalho de enfermagem no campo da saúde coletiva. É preciso atentar para o fato de que, apesar da superação da dicotomia “individual *versus* coletivo”, ultrapassada pela lógica dialética, é a dimensão das relações no coletivo que estamos priorizando, inserindo-o numa totalidade dinâmica, contraditória e historicamente determinada.

INTRODUÇÃO

Exercer a enfermagem é desenvolver uma prática que se transforma continuamente para garantir sua utilidade à sociedade. A tarefa de reconhecer estas transformações, relacionando-as às transformações mais gerais do setor saúde, entre avanços, resistências e retrocessos, não é tarefa fácil, pois elas estão definidas por determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos.

Na dinâmica de transformação, no transcurso da história, os indivíduos que se dedicam a enfermagem continuam sendo, em todos os momentos, trabalhadores da sociedade. O trabalho por eles desenvolvido, no mundo todo, é distribuído entre os vários elementos (com maior ou menor grau de formação) que compõem a sua força de trabalho. A delimitação das ações desenvolvidas segundo as categorias profissionais e ocupacionais existentes muitas vezes é feita por uma tênue linha, que é facilmente rompida em qualquer direção. Isto significa um trabalho com formas de intervenção muito diversas.

Os enfermeiros sempre ocuparam a posição de destaque na equipe de enfermagem, consequência do seu poder de autoridade intelectual e técnica. Essa posição está diluída se considerarmos que a enfermagem está inserida em uma equipe maior, constituída por médicos e demais profissionais do setor, a equipe de saúde, que também exerce seu poder e influencia a equipe de enfermagem, ao mesmo tempo em que é influenciada por ela. Sua organização depende da organização dos serviços, fundada no trabalho hospitalar ou no trabalho em unidades básicas de saúde.

As unidades básicas, constituindo o primeiro nível de atenção à saúde, sempre foram consideradas pelos enfermeiros como um espaço privilegiado para a prática da enfermagem. Nesse espaço esses profissionais tem mais autonomia, o que significa uma atuação mais ampla e próxima ao usuário, diferenciando-o do espaço hospitalar. É nele que se desenvolveu esta pesquisa.

Uma das inquietações deste estudo é relativa à implantação do Sistema Único de Saúde - SUS⁶ em Juiz de Fora e no Brasil. Na verdade, a existência do SUS sob a forma de lei, com seus princípios de: regionalização, universalização, participação popular,

⁶ O SUS é objeto da Lei 8080/90 emanada do Artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

integralidade da assistência, por si só não tem modificado as práticas de saúde em relação às ações coletivas, continuando a prevalecer as práticas assistenciais individuais, que vêm caracterizando nosso modelo de atenção à saúde, há várias décadas. A implantação dessa política é uma tarefa muito complexa e não pode constituir-se em aglomerados de ações fragmentadas e pontuais. Diante dela, as necessidades sociais de saúde precisam ser reconceitualizadas, à luz de referenciais não restritos à clínica ou à demanda espontânea dos usuários dos serviços de saúde; elas exigem intervenções nos diferentes níveis de atenção (PAIM, 1993, p. 202).

Considerando o SUS como a estruturação dos sistemas locais de saúde ou distritos sanitários⁷, que visam à resolução de 70 a 80% dos problemas de saúde-doença da população, cabe à rede básica de saúde desenvolver ações coletivas intersetoriais em sua área de abrangência, valendo-se dos equipamentos sociais a ela pertencentes – centros comunitários, escolas, creches, fábricas, domicílios, entre outros (FRAZÃO, 1994, p. 31).

Existem, por todo o País, tentativas de mudança de modelo assistencial, com experiências em diversos estágios de desenvolvimento. Destacando a realidade do município de Juiz de Fora, dois modelos assistenciais coexistem no momento: um, ainda dominante, centrado na atenção médico-curativa, hospitalocêntrico, atendendo à livre demanda, sendo pouco resolutivo no que tange à morbidade e mortalidade. O outro, ainda em construção, esforço da Secretaria Municipal de Saúde (gestão 1993 - 1996), é o modelo de base territorial, onde a ênfase é dada à prevenção, com um sistema de vigilância à saúde e o incremento de ações básicas de saúde.

Considera-se fundamental destacar que mudanças só ocorrem com práticas que determinam uma nova estrutura organizacional, com agentes dispostos a assumir novos papéis e a contribuir para a implantação desta estrutura, o que vai além de simples propostas e/ou discursos. É algo novo no setor público, em que tem predominado o atendimento de interesses individuais, que pessoas se proponham mudar e se

7 Segundo NOVAES (1990, p. 40), existem diversos termos com o mesmo sentido de distrito sanitário (distritalização, regionalização, sistemas de serviços, sistemas locais de saúde, unidades territoriais, unidades administrativas, dentre outros) que são usados para definir o ordenamento dos serviços de saúde numa determinada área geográfica. Dentro desse conceito o "paciente deverá receber assistência médica o mais perto de seu domicílio e ser encaminhado aos outros níveis por referência médica".

comprometam com a mudança, tendo em vista a melhoria da prestação de serviços à população (JUNQUEIRA, 1992, p. 141).

As questões de saúde coletiva no País, ao longo do tempo, foram tratadas pelo Estado de modo instável, o que resultou em uma prestação de serviços descoordenada, irracional, ineficiente e de baixa qualidade pelas instituições públicas responsáveis pela implementação das políticas de saúde, *“revelando-se assim um descompromisso da administração pública com seu fins, a res publica e o bem-estar do cidadão”* (BELISÁRIO, 1995, p. 142).

O campo da saúde coletiva é considerado uma área de trabalho multiprofissional, onde se desenvolve a cooperação, resultante não apenas da soma de habilidades e trabalhos dos que nele atuam (CASTELLANOS et al., 1989, p. 160). Pressupõe-se uma dimensão coletiva, determinando relações diversas (sociais, políticas, econômicas, ideológicas) entre os profissionais. Entretanto, é de se registrar a complexidade desta área, com marcantes conflitos político - ideológicos. Deveria ser um espaço de atuação interdisciplinar, mas o corporativismo, principalmente dos médicos, historicamente determinado e bastante conhecido, impede que o mesmo se efetive no processo de trabalho cotidiano em saúde.

Na década de 20, a enfermagem no Brasil iniciou sua prática profissional trabalho em ambientes de saúde pública, com a criação do Curso de Higiene e Saúde Pública. A partir da década de 30, com a ênfase da atenção à saúde voltada para a assistência hospitalar, em decorrência do processo político-econômico ocorrido no País (transformação com a industrialização), quando capital e trabalho estavam em jogo e os trabalhadores e suas famílias precisavam de atenção individual, determinando ao longo dos anos, dentre outras coisas, as oportunidades de emprego, os enfermeiros, bem como os outros profissionais da saúde, se afastaram da saúde coletiva, provocando um relativo vazio nessa área. Esta questão tem outro aspecto que merece ser pontuado. É o reflexo no processo de formação e recrutamento de novos sanitaristas, no período que vai da década de 30 até a década de 70, considerado por SOUZA CAMPOS (1994, p. 37-74) de “ocaso” da Saúde Pública. Esse autor descreve o mesmo, mostrando o descaso, aparentemente paradoxal, com esta área, no período em que o País atingiu o apogeu do desenvolvimento capitalista. Nessa época, *“... a opção pela carreira de sanitarista era*

sinônimo da fracasso profissional, [...] situação oposta à do começo do século, quando para a Saúde Pública se dirigiam os mais brilhantes e inquietantes cientistas” (SOUZA CAMPOS, 1994, p. 47).

O problema se estende às duas décadas seguintes e atinge também a enfermagem de forma direta num processo historicamente determinado. Mais do que isto: a enfermagem enquanto área de exercício profissional foi menos revisada que as demais. No seu próprio âmbito, destaca-se a pouca importância que se deu, por exemplo, às pesquisas na área de enfermagem de saúde pública. Não só agências de fomento à pesquisa, como também associações de classe e escolas de enfermagem, não destinaram recursos e esforços para este campo do conhecimento da profissão. Em número e em áreas de concentração, o que se produziu de conhecimento, à época citada, atendeu às necessidades da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, “... *que sofisticava cada vez mais a intervenção intra-hospitalar, enquanto parcelas cada vez mais significativas da população eram alijadas dessa forma de atenção à saúde”* (EGRY, 1996, p. 14).

Além desses fatores, há ainda que se ponderar sobre o distanciamento ocorrido, no exercício da enfermagem de saúde pública, entre os trabalhadores da enfermagem e as comunidades. Esse distanciamento é atribuído, historicamente, ao desaparecimento de atividades, como a visita domiciliar, que antes eram desenvolvidas pelos serviços de saúde e reforçavam o elo entre os mesmos e a clientela (CASTELLANOS et al., 1989), do mesmo modo que ocorreu com os sanitaristas e outros profissionais da área.

Outro fator que atinge o exercício da enfermagem diz respeito ao trabalho da enfermeira, que inclui atividades administrativas, justificadas como inerentes a este exercício: é o desenvolvimento de atividades administrativas, nelas incluindo não só as relativas à coordenação da assistência de enfermagem, como também as que pertencem à esfera de controle burocrático e gerencial (ALMEIDA & ROCHA, 1986, p. 114).

Todos estes fatores contribuíram para o já apontado distanciamento da enfermagem, do campo da saúde coletiva.

De interesse ainda para o estudo é o item que diz respeito ao baixo número de enfermeiros no País, com a conseqüente divisão do trabalho de enfermagem, que é exercido por diversas categorias. Nos discursos oficiais este fato sempre foi usado para

incentivar a contratação de recursos humanos com baixo nível de escolaridade, sem preparo para atender à necessidade de extensão de cobertura, um dos objetivos da saúde coletiva. Entretanto, mudanças de impacto no quadro profissional e de saúde são dificultadas pela heterogeneidade de formação do contingente de trabalhadores da enfermagem. A pesquisa denominada “Força de Trabalho em Enfermagem”, realizada pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn e pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN mostrou que era o atendente de enfermagem quem exercia 83,3 % das ações de enfermagem naquela ocasião (1982-1983), além de evidenciar seu ressentimento quanto à falta de treinamento continuado e atualização. A quantidade insuficiente de enfermeiros no País tem servido inclusive como fator dificultador para que os mesmos assumam algumas das atribuições dos médicos na assistência primária de saúde, na visão dos primaristas (VIEIRA, 1983, p. 6).

No Brasil, entre 1967 a 1979, o número de médicos que atendia em ambulatórios foi acrescido de 100%, enquanto o de enfermeiros aumentou apenas 33%. Os dados apresentados por ELIAS (1996, p. 88) evidenciam o problema – prestação de serviços centrada na atuação do médico e de profissionais de nível elementar – comparando o Brasil com diversos países, quanto à relação enfermeiro-médico. Nesta comparação, apresentada pelo Banco Mundial em 1993, o coeficiente brasileiro é de 0,1, Argentina 0,2, México 0,54, China 0,5, Índia 1,1, Japão 1,8, Reino Unido 2,0; portanto, dentre os países citados, o menor coeficiente mundial, sem considerar a distribuição desigual de profissionais no País, por região e estabelecimentos. Cabe ainda lembrar que o “Plan Decenal (70-80) de Salud para las Américas” (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 69), preconizava, além de uma melhora na distribuição, a necessidade de 4,5 enfermeiros e 14,5 auxiliares para cada 10.000 hab., meta não alcançada até hoje.

O trabalho bipolar entre médicos e atendentes é registrado por MACHADO & CARSALE (1992, p. 173) como característica essencial do setor saúde (hospitalar ou de saúde pública). Dos 730.000 postos de trabalho existentes no País no setor (dados de 1992), a maioria absoluta é constituída de médicos e atendentes, perfazendo um percentual de 65%. A participação residual fica por conta dos enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos e técnicos de enfermagem.

Com base no que foi descrito, no que tem sido pesquisado por outros autores e com o entendimento de que o trabalho de enfermagem é parte do processo de trabalho em saúde, estando a ele articulado, e é uma realidade concreta, historicamente determinada, inserida no mundo material, transformando-o e atendendo às suas necessidades – foi proposto, nesta tese, aprofundar o estudo acerca das ações desenvolvidas pela enfermagem em saúde coletiva, trabalhando o problema juntamente com enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais da rede básica do SUS-JF. Seu objeto de reflexão é portanto o trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde e sua articulação com o processo de trabalho global da saúde coletiva, mediados pela proposta de organização de serviços de saúde preconizada pelo SUS.

Para este trabalho foram assumidas como pressupostos as seguintes assertivas:

- O processo saúde-doença expressa uma totalidade social em sua dimensão coletiva – nela inclusa a atenção individual – que extrapola o nível biológico e se relaciona a múltiplos determinantes, em permanente conflito e movimento.
- O homem, como um trabalhador, integrado ao processo histórico e social da totalidade de uma sociedade, tem potencial para transformá-la.
- Na perspectiva de um novo modelo assistencial proposto pelo SUS, a enfermagem precisa embasar sua prática nos princípios de universalidade, integralidade, resolutividade, equidade e participação social.

Dando continuidade, portanto, à dissertação de mestrado da autora, que teve como objeto a prática da enfermagem em um centro de saúde da cidade de Juiz de Fora, MG, surgiu a intenção de um aprofundamento maior em realidades semelhantes, que possibilitassem refletir sobre o trabalho de enfermagem, sobre o processo de mudanças em torno do trabalho em saúde coletiva e sobre a organização dos serviços de saúde. Assim, para nortear o atual estudo, elaboraram-se as seguintes questões:

- Como se dá o trabalho de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde do SUS - Juiz de Fora?
- Qual a relação entre o trabalho de enfermagem e a prática da saúde coletiva?
- Quais as possibilidades do trabalho de enfermagem em saúde coletiva, no processo de construção do SUS?

Para responder a essas questões, foram propostos os seguintes objetivos, todos plenamente alcançados:

1. Caracterizar o trabalho de enfermagem, bem como suas relações com os trabalhos dos outros profissionais em diferentes unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais.
2. Discutir o trabalho de enfermagem diante da proposta de mudança do modelo assistencial em Juiz de Fora.
3. Analisar o trabalho de enfermagem no contexto de construção do SUS, na configuração do processo de trabalho em saúde coletiva.

Neste estudo, comprovou-se a tese de que o trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde, caracterizado nos diferentes tipos de unidades identificados pela autora como existentes em Juiz de Fora, acompanha o processo de construção em que se encontra o próprio trabalho em saúde coletiva no País, sendo simultaneamente “condicionante” e “condicionado” pelo modo como se organiza a prestação dos serviços. O SUS se apresenta como a tradução prática e histórica desse processo.

Através da análise do trabalho desenvolvido nos três tipos de unidades básicas de saúde, que evidenciou a transição do “velho para novo”, emergiu uma segunda tese: a de que o novo pode existir no mesmo contexto “do velho” e do “de transição”, convivendo com as mesmas determinações gerais. Foram, portanto, as particularidades de cada uma das unidades que mostraram a existência desse novo.

CAPÍTULO 1 – SAÚDE COLETIVA

1.1 – A Construção Histórica dos Conceitos de Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Comunidade

Para entendermos o trabalho da enfermagem hoje nas unidades básicas de saúde de Juiz de Fora e a sua relação com o processo de trabalho em saúde e com a Saúde Coletiva, é necessário buscar as determinações pelas quais passam ou passaram os serviços de saúde no município, local onde a prática de enfermagem é operacionalizada juntamente com outras práticas. Nesse sentido se faz necessário descortinar a dimensão estrutural e histórica, social, econômica e política da rede saúde de Juiz de Fora, tendo em mente que ela está inserida num contexto estadual, que por sua vez se insere num contexto nacional.

Discutir então o termo coletivo é fundamental neste momento, já que ele pode ser utilizado de muitas maneiras. Segundo HOLANDA FERREIRA (1985, p 430), coletivo significa aquilo “*que abrange ou compreende muitas coisas ou pessoas*” ou “*pertencente a, ou utilizado por muitos*”. Se juntarmos este termo (no feminino) à palavra saúde, resultando na expressão saúde coletiva, teremos a saúde de muitas pessoas. Porém, o significado desse termo evoluiu muito e hoje envolve muitas coisas e múltiplos objetos. O epidemiólogo equatoriano BREILH (1995, p. 19) elogia a expressão, que vem sendo muito utilizada no País, pelo seu significado abrangente em substituição à saúde pública. Assim, para ele, a saúde coletiva corresponde a um vasto conjunto de práticas e saberes que põe em marcha uma sociedade para conhecer sua saúde e transformá-la, não reduzindo o conceito às experiências institucionais ou aos serviços assistenciais de administração pública. Convém, então, mesmo que de modo mais geral, entender como se deu a evolução deste conceito.

Certamente, podem-se identificar na história da saúde do Brasil várias terminologias relacionadas à saúde coletiva de forma diferenciada. São discutidas aqui três delas que nesta visão são mais significativas por seu uso de forma indiscriminada, inclusive pela enfermagem. A pesquisa realizada mostrou isto claramente. De modo geral, os entrevistados tiveram dificuldade para traduzir na sua amplitude o significado

do termo saúde coletiva, embora nas falas de todos eles possam ser captadas, em maior ou menor grau, algumas das muitas dimensões da saúde coletiva.

Está naturalizada a idéia de saúde coletiva como sinônimo de saúde pública e saúde da comunidade. Mas, na realidade, trata-se de campos heterogêneos, na medida em que possuem origens históricas desiguais e se referem a diferentes modalidades de assistência à saúde, apresentando discursos com fundamentos epistemológicos diversos. A saúde pública nasce com a medicina moderna no século XVIII, tendo como marco inicial a biologia, com a identificação de microorganismos e de mecanismos de transmissão das doenças, o que multiplicou o poder social da medicina, na figura do médico⁸. Desde então, suas ações estão vinculadas a dois elementos: participação estatal e preocupação com o coletivo, ainda que insuficientemente conceitualizados. Centraram-se principalmente no combate aos agentes infecciosos e aos vetores, permitindo ao Estado o controle sobre a sociedade, conforme cita CARVALHO, ao se referir ao papel do Estado à época: *“Dos interesses dos indivíduos e grupos da sociedade em saúde cuida o Estado, portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo”* (CARVALHO, 1995, p. 12). Nesse sentido foram desenvolvidas políticas que objetivaram o controle social dos indivíduos e grupos da sociedade com a preocupação estatal no campo da saúde coletiva.

A expressão Saúde da Comunidade está diretamente ligada à proposta da Medicina Comunitária, enquanto prática de saúde trazida dos EUA para o Brasil, na década de 70. É uma proposta de recomposição da prática médica, enquanto estratégia de prestação de serviços à população, alterando a relação Estado-Sociedade no setor Saúde. Comunidade, expressão de origem funcionalista, denomina o grupo de pessoas que coabitam o mesmo meio ambiente, independente dos fatores conjunturais ou estruturais que lhes dão origem (CARVALHO, 1995, p. 16). Assim, nos EUA, a Medicina Comunitária, como forma de prestação de serviços, aparece destinada aos guetos, para responder às tensões sociais, oriundas do movimento dos direitos civis e conflitos raciais. Sua prática *“confunde-se, em suas origens, com um movimento que transcendeu os limites da atenção médica e orientou a política social norte-americana,*

⁸ O médico desempenhava, então, todo o processo. O surgimento da enfermagem moderna se dá apenas com a divisão do trabalho médico, no contexto de redefinição da prática médica, com a enfermagem assumindo as tarefas ditas manuais, embora revestidas de um aparato técnico, sob a hegemonia da prática médica (MELO, 1986, p. 49).

na década de 60, para programas assistenciais destinados à pobreza. A emergência dessa prática nos Estados Unidos não corresponde senão a um momento limitado em um campo mais amplo no qual tenta configurar-se o projeto de Medicina Comunitária. Suas implicações, entretanto, estarão refletindo em muitos aspectos dessa específica modalidade de reforma médica e social, o que permite considerá-la como ponto de referência para a caracterização do novo campo” (DONNANGELO, 1979, p. 88).

Medicina Comunitária, segundo análise da autora referida acima, equívale a uma medicina que promove a extensão de serviços médicos, através de tecnologia simplificada e ao mesmo tempo ampliada, com a participação da comunidade, termos que compõem seu campo (DONNANGELO & PEREIRA 1979, p. 71-73). Aqui o conceito de participação da comunidade significa tanto o “trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias, quanto a valorização da organização autônoma da comunidade como possibilidade de transitar para melhorias sociais” (CARVALHO, 1995, p. 18), o que dá origem a uma diversidade de experiências como propostas de participação popular.

No Brasil, como em toda América Latina, a Medicina Comunitária foi difundida como prática de saúde através de agências internacionais tais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde. No período do “milagre econômico” brasileiro, com a política do arrocho salarial determinando condições precárias à preservação do estado de saúde, a proposta de medicina comunitária passou a ser incorporada por alguns setores do Estado, quando este já não conseguia dar conta da demanda dos serviços médicos (BOHADANA, 1982, p. 107-111). Dessa forma, para ampliar a sustentação do modelo vigente na época, o Brasil adotou os preceitos da Medicina Comunitária, possibilitando o repensar da dimensão social do processo saúde - doença. É interessante destacar a observação de CARVALHO de que as propostas da Medicina Comunitária, no País, como em outros da América Latina, com frequência, perdiam a dimensão participativa ou *“se penetravam de agentes e intencionalidades contestatórias do ‘status quo político-sanitário’ e terminavam se constituindo em laboratórios, não de uma proposta alternativa oficial, mas de práticas de organização e politização comunitárias na perspectiva de um projeto sanitário contra-hegemônico.”* (CARVALHO, 1995, p. 19).

O campo da *Saúde Coletiva* é o campo mais recente da medicina como prática social e possui como marca a multidisciplinaridade, já que a sua problemática requer a construção de diferentes objetos teóricos, oriundos de diversos campos disciplinares. Representa, teoricamente, uma ruptura com a saúde pública “*ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde*” (BIRMAN, 1991, p. 9-10).

A *Saúde Coletiva* como campo de produção científica surge no Brasil apenas a partir do final dos anos 70. É, segundo CANESQUI (1995, p. 26), uma invenção brasileira. Essa produção científica inclui estudos sobre as condições de saúde da população, sobre a relação entre doença e trabalho e, mais recentemente (a partir de meados dos anos 80), sobre as políticas públicas e a interferência de movimentos sociais nas questões sanitárias. Este campo ainda está em construção.

Assim é que, considerando a amplitude do conceito, COSTA (1992) observa que são três as dimensões desiguais e combinadas da Saúde Coletiva: a) campo de conhecimento; b) esforço de formulação de política pública; c) expressão de organização corporativa de parcelas de profissionais de saúde do setor público, os sanitaristas.

Em relação à abrangência, para TEIXEIRA (1985, p. 91-92) as linhas mestras da investigação em Saúde Coletiva estão agrupadas em questões relativas a: Estado, Políticas Sociais, Acumulação e Legitimidade; Instituições de Saúde e Organização Social da Prática Médica; Capitalismo, Processo de Trabalho e Reprodução da Força de Trabalho; Medicina Comunitária e Movimentos Sociais Urbanos. A mesma observou que a exclusão de temáticas relativas à saúde mental se deu pela sua especificidade, e à medicina popular pela carência de produção científica à época do seu estudo. Note-se que ambos os temas vêm sendo plenamente incorporados aos estudos de saúde coletiva. Chama ainda atenção para a diferença entre a medicina individualizada, que cristalizou historicamente o indivíduo como seu objeto, e as práticas denominadas de saúde coletiva, que não compartilham de homogeneidade na definição do coletivo.

A saúde coletiva enquanto campo de conhecimento vem-se utilizando de categorias da dialética materialista. Esta utilização se insere numa linha de apreensão teórica que busca situar a problemática da saúde coletiva num movimento de compreensão histórica do processo brasileiro, enquanto País latino-americano capitalista tardio, periférico e dependente (EGRY, 1992, p. 144).

Há ainda estudos que vinculam a Saúde Coletiva às práticas políticas do movimento sanitário e/ou da Reforma Sanitária, no Brasil e na América Latina. Assim é para BREILH (1990): ela surge de um esforço de transformação, como meio alternativo de construção da realidade, como recurso de luta popular para a consecução de mudanças necessárias. Foi o movimento social e político em torno da Saúde Coletiva no Brasil, denominado de *Reforma Sanitária*, que contribuiu para a formulação de um conjunto de propostas reformadoras do setor saúde nos anos 80, consubstanciadas no capítulo da Seguridade Social na Constituição de 1988, quando o direito à saúde foi garantido como direito de cidadania. Por outro lado, é ilusão pensar que justiça social se faça através da incorporação de demandas sociais na Constituição. Na realidade, essa garantia expressa uma tensão entre Estado e Sociedade, redefinindo a relação existente entre eles. Essa redefinição ganha força a partir de 1990, com as Leis 8.080 e 8.142, que dispõem respectivamente sobre promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços e sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

O conceito de participação da comunidade evoluiu historicamente, desde o advento da medicina comunitária e, a “categoria comunidade” foi substituída pela “categoria povo” – participação popular – e pela “categoria sociedade” – participação social; nesta última se inclui a idéia de participação social associada ao controle social do Estado, que se institucionalizou com a democratização no País, destinado a transformar o Estado na superação de seu caráter politicamente autoritário e socialmente excludente, concepção que inspirou a criação dos conselhos de saúde na nossa sociedade. É preciso destacar a legislação sobre participação social, tendo em vista a pretensão de participação “*do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal*” (CARVALHO, 1995, p. 25).

O campo da saúde coletiva evidencia a relação dialética entre a teoria e a prática. Ele “*define-se assimetricamente entre o saber e o fazer. De um lado, a apreensão da realidade e as reflexões sobre ela produzidas constituem um conhecimento que busca fundamentar as ações. De outro lado, as proposições de mudanças confrontam-se com práticas já estabelecidas, configurando lutas que terminam por definir a marca maior*

do campo, qual seja, o seu caráter conjuntural” (RIBEIRO, 1991, p. 17). Essa relação entre o saber e o fazer dificulta a compreensão da Saúde Coletiva enquanto prática, determinando sua vinculação a um campo teórico e não ao campo ideológico. Confrontada com a ideologia, a teoria não ocupa o lugar da prática nem tem a incumbência de guiá-la. Ela não se inutiliza enquanto teoria em favor da prática, visto que, assim sendo, favorece a prática alienada. A ideologia, sim, cria relação de dependência entre realidade e o conjunto de idéias que ela representa” (CHAUÍ, 1980, p. 81).

Considera-se relevante a contribuição dos órgãos formadores de recursos humanos em saúde na constituição de massa crítica, para o entendimento das questões até aqui expostas. Assim é que, na década de 70, são criadas residências em medicina preventiva e social. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ cria cursos de pós-graduação em medicina social e a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP oferece e descentraliza os cursos básicos de saúde pública.

Mais recentemente, os cursos de especialização em saúde da família criados pela UERJ têm sido valorizados no contexto da formação e da prática de profissionais enfermeiros e médicos que atuam na rede básica de saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Assim, Saúde Coletiva é o *“conjunto mais geral de ações dirigidas às populações, ao meio - ambiente e à sociedade englobando todos os tipos de assistência à saúde – lato sensu – com base nas necessidades de saúde das populações. Sugere direitos, situações históricas, condições de vida, crítica à idéia de que o indivíduo é o único responsável por sua saúde / doença. Incorpora as ciências sociais ao estudo dos fenômenos saúde / doença, prestação de serviços à população.”* Tem como exemplos de atividades: vigilância epidemiológica, levantamento das necessidades de saúde da população e as ações sobre o meio ambiente (CARVALHO, 1993. p. 135).

1.2 - A Saúde Coletiva como Campo de Prática

No modelo de trabalho em Saúde Coletiva há diferentes objetos que podem ser dominados por diferentes profissionais. Em se tratando do trabalho de enfermagem na saúde coletiva vários são os objetos de sua ação: o educativo, a vigilância epidemiológica (englobando a vacinação), a assistência à família, o controle de

populações e/ou grupos de risco, o planejamento e a programação de atividades, dentre outras. De fato, constituem-se em objetos distintos da atividade cuidar. Assim sendo, esta diversidade de atuação, característica do trabalho em Saúde Coletiva, exige a articulação de distintas práticas sociais (enfermagem, serviço social, psicologia, medicina, etc.), entre as quais deve haver um trabalho cooperativo, que se constitui em grande dificuldade. O profissional não é mais o “expert” isolado, é sim um facilitador, um parceiro, capaz de colaborar com os outros profissionais (é lógico que se considera a especificidade técnica). Mas, em se tratando de saúde coletiva, falta mencionar o conhecimento sobre as suas questões fundamentais econômicas, políticas sociais e culturais do País, e conseqüentemente a formação de uma consciência sanitária. São questões diferentemente conhecidas (em menor ou maior grau) pelas distintas categorias profissionais integrantes das equipes de saúde, o que determina níveis de consciência sanitária diferenciados, dificultando a integração entre elas.

Do ponto de vista mais geral, e enquanto campo de prática relevante para esta tese, a Saúde Coletiva tem por objetivo atender às necessidades sociais de saúde de uma determinada coletividade ou população. Para tanto, exige a formulação de políticas governamentais específicas e a implementação de programas e atividades visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da população. Revela-se, assim, sua identidade político-ideológica. O mais importante é a integralização da assistência a indivíduos, grupos e coletividades, nos diversos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), hierarquizada, pela complexidade, nos diferentes níveis de assistência – do posto de saúde ao hospital de alta complexidade – e regionalizada.

BELISÁRIO (1995, p. 143), reconhecendo diversas sub-áreas na saúde coletiva, afirma a necessidade de instrumentalização para os sanitaristas (ressaltando o médico) para que possam atuar como planejadores, administradores e epidemiólogos para a solução de problemas em áreas fundamentais.

Ao se analisarem as relações entre saúde e estrutura social, tomando como referência o conceito de prática, é necessário “(...) *considerar os seus elementos ou momentos constitutivos – objeto de trabalho, meios de trabalho e o próprio trabalho (atividade humana), e, especialmente, as relações sociais sob as quais é realizado o trabalho*” (PAIM, s/d, p. 17).

Para atender aos princípios universalização, integralidade da assistência e equidade na oferta de serviços de saúde, princípios mais globais do SUS, a organização dos serviços deve dar-se de maneira regionalizada, atendendo em níveis de complexidade crescente, com resolubilidade tanto para os problemas individuais quanto coletivos, descentralizados e com a participação dos cidadãos. Nessa ótica, o processo de regionalização ultrapassa os limites geográficos, assumindo um caráter de dinamicidade, reconhecendo seu estado de contínua mudança. A reorganização dos serviços passa pela formação dos Distritos Sanitários, num processo de contínua descentralização administrativa.

Baseado na sugestão do art.10, § 2 da Lei 8080/90 para operacionalizar estes princípios, MENDES (1994, p. 94) entende Distrito Sanitário “...*como um processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde [...]*”, propondo nele a coexistência de duas práticas sanitárias denominadas de: atenção à demanda e vigilância à saúde. “*A atenção à demanda é aquela prática que articula em operações um conjunto de processos de trabalho destinados a enfrentar, num território dado, problemas ocasionais, normalmente autopercebidos pela população e por ela demandados*” (MENDES 1994, p. 178). A atenção à demanda ocorre de duas formas distintas, a saber: atenção ao grande trauma e atenção à demanda espontânea. A outra prática sanitária é denominada de vigilância à saúde, que é “... *uma prática sanitária informada pelo modelo epidemiológico, que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos a situações de saúde a preservar, riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos (creches, escolas, fábricas), grupos sociais e meio ambiente, normalmente dispersos em atividades setorializadas em programas de saúde pública, na vigilância sanitária, na vigilância epidemiológica, na vigilância nutricional e alimentar, no controle de vetores, na educação para a saúde, nas ações sobre o meio ambiente, com ações extra - setoriais, para enfrentar problemas contínuos num território determinado, especialmente ao nível de microárea*” (MENDES 1994, p. 179). Para o autor a vigilância à saúde deve predominar sobre a atenção a demanda.

Neste trabalho entende-se que a atenção à demanda se relaciona ao modelo clínico, e a vigilância⁹ à saúde ao modelo epidemiológico, a marca da prática da saúde coletiva. O enfoque epidemiológico visa à integralidade da atenção, incorporando, como objeto das ações, o indivíduo, seu meio e os comportamentos interpessoais (BRASIL, Norma Operacional Básica – NOB/96). Essa concepção explica (ou representa) uma forma de trabalhar os problemas de saúde coletivamente, sem desconsiderar problemas individuais.

Nesse sentido, esboça-se aqui a relação entre o processo de trabalho da Saúde Coletiva e as práticas daqueles que a executam. Em uma perspectiva histórica e dialética, essa relação tem sido conflitiva e contraditória.

Acreditando no resgate dos princípios do SUS, destacando a distritalização como instrumento para a inversão do modelo assistencial, considero as unidades básicas de saúde como micro-espços de atuação, onde as ações de saúde devem ser operacionalizadas, iniciando o processo da integralidade entre os diversos níveis de atenção. Sua função não é mais a mesma do centro de saúde tradicional, que segundo CAMPOS (1994, p. 53-60), atendia a pacientes agendados, organizados por programas necessários ao controle de endemias, ou da mortalidade infantil e materna.

No modelo pretendido pelo SUS, a rede básica de unidades de saúde, situadas estrategicamente em locais definidos pela formação dos distritos sanitários, deve atender a uma demanda organizada, além da espontânea, promovendo práticas individuais e coletivas. Para avançar em direção a essa proposta é necessário considerar a necessidade de investimentos na área, já que tal modelo não é aderente “*à idéia de que tudo que é básico é também barato, pobre e primário*” (CAMPOS, 1994, p. 57). A garantia de recursos humanos, o apoio diagnóstico e terapêutico, a área física suficiente ao desenvolvimento das ações necessárias devem ser garantidas para se alcançar a resolução de 80% dos problemas de saúde da população adscrita à UBS. A atenção à mulher, à criança e ao adulto em geral deve ser minimamente garantida com equipes capacitadas, tanto em regiões industrializadas como em regiões menos povoadas. “*A equipe de enfermagem também deve mudar – da auxiliar de saúde, sobrecarregada com o que a demagogia de tecnocratas lhe empurrou pensando em economizar, para a incorporação*

9 Segundo HOLANDA FERREIRA (1986, p.1776), vigilância significa ato ou efeito de vigilar (-se), precaução, cuidado, prevenção, zelo, diligência.

de enfermeiros e de investimento na área de capacitação profissional do restante da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem” (CAMPOS, 1994, p. 57-58). Profissionais em administração também são necessários para a resolução de problemas internos às unidades. Equipes diferenciadas deveriam ser montadas para atender às necessidades locais e regionais, evitando a saída do usuário da sua região. Nesse processo a gerência local é um instrumento necessário a cada unidade para a efetiva descentralização de decisões e controle.

1.3 - Processo de Trabalho em Saúde

1.3.1 - Trabalho em Serviços - Trabalho em Saúde

Trabalho, na sua dimensão mais geral, é uma atividade pela qual o homem utiliza sua energia física e psíquica com uma finalidade específica, que transforma o homem e a natureza, acrescentando o novo ao já existente. Apoiado na tradição marxiana¹⁰, o trabalho, como atividade prática, é a categoria mediadora das relações sociais, já que está direcionado para as necessidades sociais. Neste sentido, o trabalho é um determinante da ordem cultural, pois é através dele que o reino da cultura se sobrepõe ao reino da natureza. Ao contrário do que ocorre em todas as demais sociedades, o trabalho humano é concebido mentalmente antes de ser realizado para satisfazer às necessidades condicionadas pela complexidade da própria sociedade (MINAYO 1994, p. 73).

Como sintetiza GONÇALVES (1988, p. 8), *“[...] por produzir sempre, face às necessidades sociais, por relacionar homens através de seus produtos, por relacioná-los conforme o grau de domínio que têm (ou deixam de ter) das condições de trabalho, o processo de trabalho é, antes de tudo o mais, o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado, através da produção de bens e serviços.”*

Diferenciando mercadoria e serviço, NOGUEIRA (s/d, p. 2) entende que mercadoria é o trabalho social materializado, preso a atos de compra e venda no mercado; já os serviços geram apenas: *“ a) atos e efeitos úteis (real e hipoteticamente); b) objetos úteis não suscetíveis de venda como produtos mercantis em si mesmos”*.

¹⁰ Tradição marxiana: conhecimento resultante da obra original de Marx.

Entretanto são de utilidade para os consumidores. Segundo o mesmo autor, a polêmica sobre o caráter produtivo ou não do trabalho no setor de prestação de serviços é muito antiga. De qualquer forma os serviços são hoje um importante setor de acumulação capitalista, capaz de gerar maior ou menor lucro a quem nele investe. Sua importância é que *“se organizam e se conduzem economicamente como um ramo de atividade capitalista, cada vez mais relevante em termos de capacidade de absorção da força de trabalho.”* (NOGUEIRA, s/d, p. 4).

Os serviços de saúde, ainda que chamados de serviços de consumo, não estão associados diretamente à produção e circulação de mercadorias. Serviços que, em qualquer sociedade, se relacionam com a sua estrutura econômica, política e cultural, pois são consumidos por seres humanos, agentes do processo de produção, embora estes sejam clientela em proporção cada vez menor, dos serviços de saúde ligados ao SUS. No Brasil, *“organizados em forma capitalista, os serviços passam por uma radical integração e economia que se manifesta em múltiplas direções, conforme pode-se constatar com exemplos da área de saúde: a) a base técnica do serviço, embora dependente ainda em maior ou menor extensão do consumo de trabalho vivo, amplia-se com o uso de mercadorias na forma de instrumento ou insumos efêmeros; os serviços de saúde tornam-se um dos braços mercantis do setor industrial produtor de medicamentos e equipamentos; b) há uma especialização dentro da divisão social do trabalho em serviço, ou seja, o serviço se integra com outros serviços: o hospital contrata empresas de limpeza, de alimentação, de segurança, auditoria, etc.; c) o serviço de consumo se estende à órbita da produção de mercadorias: uma empresa de medicina de grupo, que antes atendia a segurados individuais, estabelece em convênio com indústrias para segurar seus trabalhadores em regime pré-pagamento [atendendo os agentes do processo de produção]; d) as formas de organização autônoma são gradualmente deslocadas ou se subordinam como linha auxiliar das formas coletivas: o médico, como produtor isolado, pode ser credenciado pelo sistema previdenciário para aumentar a cobertura potencial da medicina institucionalizada; e) as formas populares ou não organizadas se incorporam como discreto apêndice do sistema legitimado; a ‘medicina natural’ já pode ser encontrada num centro de saúde oficial (nem que seja*

para efeito de demonstração propagandista) e até fazer parte dos recursos utilizados dentro do lema 'Saúde para Todos' (NOGUEIRA, s/d, p. 8).

Divididos em dois grandes grupos, que compartilham responsabilidades de forma difusa, os serviços de saúde no Brasil estão situados no setor público e no setor privado. Dentro destes dois grupos existem modalidades como as de cooperativas (públicas ou privadas) e a medicina de grupo (privada). Na realidade, *“não existe uma responsabilidade definida para a prestação de cada tipo de serviço à população, e onde, conseqüentemente, dilui-se também a responsabilidade pela saúde da população”* (SILVER, 1992, p. 199).

No âmbito do setor público, foco de atenção deste estudo, em que estão situadas as unidades básicas de saúde que conformam a rede do SUS, o trabalho foi orientado, ao longo dos anos, por distintas práticas que se foram acumulando. Assim, persistem atividades ligadas ao controle de endemias e epidemias, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, ações programáticas dirigidas a grupos populacionais específicos, que, no seu conjunto, não dão conta do processo de prevenção de doenças e proteção da saúde. Ações de alta complexidade tecnológica são necessárias, bem como as medidas especificamente preventivas, de caráter coletivo, combinação necessária segundo as diferentes realidades sociais do País. A eterna crise no sistema de serviços de saúde, cuja organização, de modo geral, contrapõe medidas de caráter coletivo ao serviço de atenção médica individual, *“... tem sido o embrião de propostas alternativas, de novas opções políticas, gerenciais e organizativas, implementadas de forma insuficiente”* (FONTES TEIXEIRA, 1994, p. 170).

Por outro lado, é importante o papel que tem o setor de saúde na ampliação progressiva do consumo de bens e serviços, no fenômeno denominado de “medicalização da sociedade.” (NOGUEIRA, 1983). Medicalização é a extensão institucionalizada da medicina como prática social, invadindo as áreas de vida individual. Como prática social, aumenta a produtividade com a melhoria das condições de saúde do trabalhador, assegurando a continuidade do processo de acumulação e apropriação da mais-valia, sem entretanto, no plano da distribuição e consumo, superar as diferenças entre as classes sociais (DONNANGELO & PEREIRA 1979, p. 30-68).

Nas sociedades capitalistas, sendo impossível o desaparecimento das desigualdades, as políticas sociais cumprem papel de real importância, na medida em que geram condições de compensar problemas sociais que afetam diretamente as condições de saúde de uma população. Essas políticas sociais estão assentadas no “princípio do direito à saúde”, garantido à população brasileira, ao menos legalmente, a partir da Constituição de 1988. Na realidade brasileira hoje, os usuários dos sistema de saúde pública pertencem à classe trabalhadora não necessariamente inserida no processo formal de produção, já que inclui, maioritariamente, mulheres e filhos de trabalhadores, empregados e desempregados “biscateiros”, “encostados” e aposentados. Para estes, as políticas sociais de saúde servem para minorar os problemas, atenuando os efeitos das desigualdades, amenizando os conflitos e as contradições sociais.

Analisando o processo de trabalho em saúde, GONÇALVES (1988) evidencia que, nas sociedades capitalistas, ele se organizou em dois modelos: o modelo coletivo ou epidemiológico, como modelo de controle da doença na escala social, e o modelo clínico ou individual, entendido aqui como recuperação da saúde individual. No modelo individual, no ato de assistência à saúde e, conseqüentemente, no ato de assistência de enfermagem, está presente a racionalidade técnica, o mesmo não acontecendo com o modelo epidemiológico, onde as pressões políticas se impõem sobre a racionalidade técnica. Como explica NOGUEIRA (1994, p. 77), o organismo humano invoca as propriedades bioquímicas, fisiológicas, etc., através de meios físicos ou químicos, empregados com direcionalidade, por quem produz serviço de saúde. *“O que se busca é uma transformação útil, mas se trata de uma utilidade profundamente mediatizada por atos parciais [...] e por expectativas que nem sempre se cumprem. Cada ato técnico tem seu fim parcial e pode ter sua particular transformação útil [...], mas a utilidade final (como expectativa do usuário) está separada deles pelo tempo e por um muro de subjetividade: o paciente espera é que todos esses procedimentos de laboratório, raios X, medicamentos, cirurgia, etc. o livrem deste problema que tem no estômago... e quem [lhe] o garante que estará bem no final desta maratona, passados os inúmeros exames, consultas, etc.? O importante é que o indivíduo aparece como consumidor de cada um desses atos isolados”* (NOGUEIRA, 1994, p. 77).

A clínica e a epidemiologia abordam conscientemente o processo saúde-doença de modo distinto, mas a relação entre o processo saúde-doença coletiva e saúde-doença individual é estreita: “...o processo saúde-doença coletiva determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica individual” (LAURELL, 1982, p. 153).

Estes fundamentos teóricos constituem a base para a organização e operação dos serviços de saúde na sociedade capitalista. Assim, ao modelo clínico corresponde o espaço privilegiado de atuação, o hospital, “retaguarda de uma prática descentralizada em consultórios”; e o modelo epidemiológico tem como referência o “tradicional centro de saúde pública”, espaço de articulação entre práticas preventivas e curativas (FONTES TEIXEIRA, 1994, p. 165).

Uma outra dimensão do trabalho em saúde, como mostram GONÇALVES (1988), ALMEIDA (1991), MELO (1987) e NOGUEIRA (1983), é que, sendo realizado por diferentes profissionais, resulta num trabalho associativo, de cooperação técnica, que evidencia o seu caráter de coletivização, em que as tarefas são realizadas separadamente. Deste modo, o processo de trabalho é fragmentado, decomposto em tarefas isoladas, mas que são integradas por meio de uma hierarquia entre os trabalhadores, segundo a qual a execução das tarefas ditas mais complexas é atribuída ao pessoal de maior nível de qualificação profissional, e aquelas consideradas mais simples, do ponto de vista operacional, são destinadas ao pessoal menos qualificado.

Fundamentando-se na cooperação¹¹, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo com a participação de uma gama de profissionais, tais como médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, etc., com formação universitária; técnicos em odontologia, enfermagem, bioquímica, etc., com formação em segundo grau; auxiliares de enfermagem, também com formação em segundo e primeiro graus; e outros ocupacionais, sem formação específica, como atendentes, serventes, etc. Na realidade brasileira, esse trabalho encontra-se polarizado, na maioria dos serviços, entre o médico e o pessoal auxiliar de enfermagem. Seu caráter coletivo é restrito a estes dois profissionais. É importante destacar ainda que, historicamente, nesse trabalho coletivo, é o médico a figura central; central porque é a consulta médica, sua atividade principal,

11 Segundo MARX (1982, p.374), cooperação é a forma de trabalho planejada, em um mesmo processo ou em processos de produção diferentes mas conexos, em que muitos trabalham.

que determina ou não a demanda de outros serviços. Ainda porque a história da prática liberal da medicina e a organização de seus interesses corporativistas antecedem e sobredeterminam o aparato coletivo de prestação de serviços de saúde (NOGUEIRA, 1994, p. 83).

1.3.2 - O Trabalho de Enfermagem no Processo de Trabalho Coletivo da Saúde

Nesse espaço, interessa o trabalho da enfermagem inserido no processo de trabalho em saúde, no desafio de buscar a efetivação dos princípios preconizados pelo SUS. Considerando que o trabalho da enfermagem seja “... *um trabalho institucionalizado, assalariado, que se relaciona e articula com outras práticas sociais, estabelecendo portanto uma relação social com as sociedades específicas em que está inserido, uma relação de objetos de transformação e ao mesmo tempo de sujeito histórico de transformações*” (ABEn, 1987, p. 1), acredita-se no seu potencial de luta por mudanças, nos micro-espços de sua atuação (UBSs) que são também espaços de prática de outros profissionais do setor saúde.

O trabalho de enfermagem, caracterizado como a prestação de um serviço especializado, não produz valor direto, pois é consumido pelo próprio objeto imediatamente. No entanto tem valor social, é uma atividade útil. Mas a sua utilidade termina em si mesma, indo ao encontro da satisfação das necessidades de saúde geradas pelas exigências da vida numa sociedade. Não é considerado, portanto, um trabalho produtivo. Porém é interessante registrar que as teorias criadas para atender aos trabalhos produtivos atingiram também os trabalhos não produtivos, como os serviços na área de saúde e conseqüentemente os serviços de enfermagem.

Segundo CARRASCO (1993, p. 43), o trabalho do setor industrial e empresarial expandiu suas características para o trabalho no setor hospitalar. Taylor, com sua teoria de repartição altamente racional do trabalho em cadeia, tentando englobar todos os fatores necessários para um a produtividade ótima, conseguiu elevar ao máximo a divisão do trabalho (extremamente tedioso), influenciando a organização do trabalho na saúde e na enfermagem hospitalar, levando inclusive à falta de humanização no setor. Essa organização do trabalho pelo estilo taylorista é um interesse da classe dominante e

separa os que dirigem e controlam o processo, daqueles que o executam (CHAUI, 1980, p. 109).

Na maioria dos países a aplicação mais profunda da lógica taylorista, usada na reforma da assistência à saúde, tem-se limitado aos serviços destinados às classes populares. Isto tem acontecido em razão da “maior variabilidade e complexidade do trabalho em saúde”, que inúmeras vezes tem registrado como resultado uma piora da assistência à saúde, ao contrário do que acontece com o produto nas indústrias. *“Por outro lado, a crescente taylorização dos serviços de saúde destinados às classes populares tem criado condições para o surgimento de uma progressiva resistência dos seus profissionais inconformados com a desqualificação do trabalho, o rebaixamento salarial e o controle burocrático de suas atuações. Surgem numerosos movimentos dos serviços de saúde”* (VASCONCELOS, 1989, p. 70-71).

Em trabalho que estuda a influência das Escolas de Administração Científica e Clássica na produção científica da enfermagem brasileira, no período de 30 a 80, CARRASCO (1993) observou que os princípios postulados por Taylor e Fayol constituem a fundamentação utilizada pela enfermagem na organização do trabalho profissional. Ressalta que a administração baseada nestes princípios, implantada na década de 40, já era utilizada pela enfermagem americana, responsável pela organização da enfermagem moderna brasileira. Sua conclusão foi que *“Mesmo guardando relação com o setor econômico, a enfermagem tem sua especificidade dirigida a dois eixos que são centrais: a assistência de enfermagem, que é aquele trabalho direto de cuidado, numa relação interpessoal, e a organização desta assistência, que é realizada através do processo administrativo. Mas esta administração não pode estar assentada só nos postulados das escolas clássicas, por duas razões: pela complexidade do setor saúde, que é um setor das políticas sociais, e pelo fato da enfermagem ser um trabalho que é dirigido a pessoas no seu processo saúde-doença, necessitando, portanto, de integralidade de atendimento. A totalidade do homem tem que ser buscada a todo instante e resgatada pelo setor saúde”* (CARRASCO, 1993, p. 57). A grande dificuldade é portanto a herança da rigidez técnica herdada dos postulados de Taylor e Fayol. Os princípios da Administração Científica estão incorporados não só no trabalho da enfermagem, mas no trabalho em saúde. Princípios que são considerados pela autora

de difícil, mas não impossível superação, tendo em vista as tendências mais gerais no mundo do trabalho que apontam para a inovação tecnológica e a incorporação de mão-de-obra qualificada. Assim, o processo de trabalho em saúde ainda adota o parcelamento do trabalho em tarefas distribuídas entre diversos profissionais, a padronização de técnicas e procedimentos, a separação entre execução e concepção, e a desqualificação do produtor direto (MACHADO, 1988, p. 12). Enfim, perdeu sua característica criadora e rotinizou-se.

A partir das teorias econômicas do século XVIII, quando o trabalho se tornou a noção central da economia política, substituindo a concepção de que a riqueza de uma nação consistia no ouro que esta possuía, Adam Smith foi o primeiro estudioso a elaborar uma teoria sobre repartição do trabalho. Bem mais tarde, Marx fez da expressão “divisão do trabalho” o fundamento de todas as contradições econômicas do sistema capitalista (JAPIASSU & MARCONDES, 1991, p. 236).

Com o objetivo de ampliar a dominação sobre o trabalho, num contexto de revoltas trabalhistas, surgiram nos Estados Unidos as principais correntes de idéias da moderna gerência do trabalho, que foram consolidadas nos anos 20, no seu país de origem e na Europa: o Taylorismo e o Fordismo (HELOANI, 1994, p. 42-52). Assim, Taylor e Ford tornaram-se os protagonistas da História da Organização Científica do Trabalho.

Taylor estabeleceu uma relação de reciprocidade entre capital e trabalho. Nem sempre aceitos por teóricos da administração, os princípios de sua obra fundamentam a ótica capitalista na conformação e adaptação do trabalho às necessidades de acumulação do capital (BRAVERMAN, 1987, p. 148-159). Assim, o primeiro princípio, “*O administrador assume o cargo de reunir todo o conhecimento tradicional que no passado foi possuído pelos trabalhadores e ainda classificar, tabular e reduzir esse conhecimento a regras, leis e fórmulas*”; o segundo, “*Todo possível trabalho cerebral deve ser banido da oficina e centrado no departamento de planejamento ou projeto...*”; e o terceiro, sobre a noção fundamental de tipos comuns de gerência, “*é que cada operário tornou-se mais especializado em seu próprio ofício do que é possível a qualquer um ser na gerência, e que, em conseqüência, os pormenores de como o trabalho será mais bem feito devem ser deixados a ele*”, constituem as regras básicas

para a repartição racional do trabalho, objetivando a produtividade máxima (BRAVERMAN, 1987, p. 103-107).

Fayol, na França, com seu livro “Administração Industrial e Geral”, publicou sua teoria, cujos princípios são: divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando, unidade de direção, subordinação do interesse particular ao geral, remuneração do pessoal, centralização, hierarquia ou cadeia escalar, ordem, equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa escalar, união do pessoal e ou espírito de equipe. Estes princípios compõem os elementos centrais da administração: previsão, organização, comando, coordenação e controle.

O desenvolvimento capitalista vem determinando a reorganização do trabalho com mudanças qualitativas e quantitativas, amplamente favorecidas pelas tecnologias eletrônicas. “Tem sido sempre desigual e contraditório, inclusive provocando articulações e tensões de tempos e espaços, contemporaneidades e não-contemporaneidades” (IANNI, 1994). Assim, ao nível mundial, o capitalismo passa hoje por um período de mudanças profundas. No prenúncio do século XXI, com a sua globalização, verifica-se a reestruturação do mundo do trabalho. Terceira Revolução Industrial é como tem sido chamado este novo período. No plano técnico, o processo produtivo é invadido pela robótica e pela microeletrônica, que estão gerando novas formas de organização do trabalho. “*O período que se abre com a Terceira Revolução Industrial é mais seletivo na ponta do consumo e mais excludente na ponta de produção*”: bens sofisticados, para o grupo de maior renda, são produzidos com o emprego de menos gente e com maiores taxas de lucro (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 24-27).

Todas essas mudanças, ainda muito recentes em países como o nosso, com base em constatações históricas, vêm sendo incorporadas, bem ou mal, em todas as atividades dos setores produtivos e não-produtivos, inclusive no setor saúde. Assim, o mundo do trabalho vem sofrendo rápidas e profundas transformações, passando a obedecer a novas regras, como a flexibilização e a desregulamentação.

A observação de CARRASCO (1993), de que, até a década de 80, não havia investigações que tratavam do trabalho da enfermagem relacionado ao processo de trabalho em saúde, leva a crer que a enfermagem vem tardia e mecanicamente

incorporando ensinamentos teóricos sobre a racionalização do processo produtivo e sua correspondente organização técnica e administrativa, totalmente distinta daquela que preside o processo de trabalho em serviços. SAUPE (1993, p. 151-152) reforça esta idéia, citando vários trabalhos realizados por enfermeiros já na década de 80, referindo se à época como “era da incerteza” para a enfermagem, caracterizada como um movimento crítico, em que a profissão é denunciada como comprometida com sistemas de dominação e exploração, acusando os enfermeiros como pertencentes a uma classe subalterna a serviço do “status quo”, “*profissionais alienados que pactuam com a classe dominante, ingênuos úteis usados pelo sistema*”. Refere-se ainda ao saber da enfermagem como “*tão duramente conquistado*”, sendo “*...classificado de parcial, fragmentado, ahistórico...[e] a decantada “neutralidade” que orientava nossa prática [...] [vem sendo] colocada em discussão... A autoridade que pensávamos exercer [...] [vem recebendo] outras interpretações*”. Dialeticamente, a mesma autora, mostrando a contradição entre progresso e regresso, acredita que apesar disso os enfermeiros vêm procurando o desenvolvimento da profissão, “*buscando a autonomia, [e] construindo os alicerces da transformação que luta por qualidade de vida e de saúde para contingentes sempre crescentes de população*” (SAUPE, 1993, p. 152).

O próprio mercado de trabalho, que até 1984, antes da implantação das AIS, possuía um quadro pequeno de enfermeiros, vem mudando, aumentando progressivamente a contratação desses, ao nível de rede básica de serviços em praticamente todo o País¹². É preciso considerar ainda as demandas atuais para o processo de trabalho em saúde, frente às transformações na organização dos serviços decorrentes da aplicação dos princípios preconizados pelo SUS, como será visto adiante.

Em relação à absorção de conhecimentos pela enfermagem, esta “*tem-se dado muito mais no sentido de consumir tecnologias do que construir uma ética em favor do humano ou do social. Hegemonicamente, temos muito mais reiterado a situação social de dominação dos mais poderosos [...] [sobre os] de menor poder, que transformado tal relação. Estas práticas diferenciadas reportam-se às diferenças existentes entre as concepções de enfermagem, posicionadas de um lado enquanto ‘vocação, arte e ideal’*”

12A SMS- JF tinha apenas 3 enfermeiros no início de 1982, ano em que este número começou a ser ampliado com a contratação desses profissionais para o trabalho nas unidades construídas através do projeto Cidade de Médio Porte, do Banco Mundial. Em dezembro de 1997 somavam 94.

– *descontextualizada, universal e estática* [ligada à prática conservadora] – e, de outro, *enquanto trabalho social e historicamente determinado, portanto, contextualizada, mutável, inserida numa dada sociedade* [ligada à prática progressista]” (FONSECA, 1995, p. 2-3).

Assim, é possível esperar que este processo evolua ainda mais, que apareçam “funções” mais criativas no trabalho em saúde e, particularmente, no de enfermagem, gerando possibilidades de transformação. Para isso é preciso reconhecer que os processos de globalização, de integração competitiva dos mercados e de rápida difusão das informações científicas e das inovações tecnológicas estão transformando o processo de trabalho em saúde, incluindo-se aí o trabalho da enfermagem.

Na ótica defendida por QUEIRÓZ e EGRY (1988, p. 28): “...a assistência à saúde coletiva significa a forma de interferência consciente (sistemizada, planejada e dinâmica) no processo saúde-doença, de uma dada coletividade, consideradas as distinções das classes sociais; realizada pelo conjunto dos profissionais de saúde com a coletividade, objetivando o desenvolvimento da consciência crítica de cada classe social em relação à sua realidade de saúde, tornando-se portanto, sujeito de suas próprias transformações”. De acordo com o objetivo explicitado pelas autoras, a saúde coletiva é o resultado de determinadas relações sociais, e não um agrupamento de indivíduos saudáveis e doentes que trocam de lado a partir do ato médico.

Na produção dos serviços de saúde, privados, públicos ou filantrópicos, o trabalho da enfermagem tem sido organizado segundo a lógica dominante que orienta o setor: privada/empresarial, pública/estatal ou, quase sempre, um “mix” entre ambas. É permeado como um todo por conflitos políticos. Nesse sentido, como foi visto, a partir do final dos anos 70, paralelamente ao cuidado individualizado, desenvolveu-se o conhecimento da relação entre as doenças e as condições de vida, fundamentando a Saúde Coletiva, que se apoia nas ciências humanas, nas necessidades sanitárias e sociais e nos movimentos sociais das populações. Com a intervenção do Estado na saúde, no sentido da garantia de direito reivindicado e conquistado – o que foi explicitado apenas na Constituição de 1988 – a enfermagem assumiu a dimensão coletiva, assim como as outras práticas da área.

Fruto destas reflexões, à luz de autores que se dedicam ao tema, considera-se que a prática da enfermagem em Saúde Coletiva, no Brasil, a partir dos anos 80, passou a estar condicionada ao novo modelo de assistência à saúde proposto pelo SUS, o qual contém, em seu bojo, o desenvolvimento de ações de saúde, tanto em nível individual, quanto em nível coletivo, inserindo o primeiro neste último, de forma integrada, hierarquizada e regionalizada. Sendo assim, essa prática deverá considerar a estruturação dos Sistemas Locais de Saúde ou Distritos Sanitários (D.S.) como unidades operacionais do Sistema, que englobam, de forma hierarquizada, a rede hospitalar e a rede ambulatorial de serviços, buscando atender às necessidades de saúde nos diferentes municípios. Esse atendimento deve corresponder às necessidades evidenciadas pelo perfil epidemiológico e pela prestação de serviços em diferentes níveis de complexidade.

A enfermagem tem aí um espaço privilegiado, já que a saúde coletiva não está baseada somente no ato médico individualizado. No entanto, como são recentes o debate e a pesquisa em torno do trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva, esse espaço, bem como as ações da equipe e os problemas daí decorrentes para se ter controle do próprio trabalho, não estão totalmente conhecidos.

O trabalho da enfermagem nos serviços de saúde pública transforma o objeto (cuidado) em serviço, com a finalidade, cada vez menor, de otimizar a reprodução de força de trabalho para o capital, mas principalmente de atender às pressões da camada social não inserida no mercado formal de trabalho. A reprodução da força de trabalho que interessa ao capital hoje está cada vez mais fora do âmbito dos serviços públicos de saúde, sendo atendida por seguros-saúde privados contratados pelas empresas, por imposição de pressões políticas.

O trabalhador de enfermagem vende sua força de trabalho por um período contratado de tempo para obter os meios necessários à sua sobrevivência. Diante da natureza do seu trabalho e do grau de esforço físico e mental para executá-lo, a luta pela limitação da jornada de trabalho em trinta horas semanais vem sendo travada, já há algum tempo, entre os empregadores e os trabalhadores da enfermagem. Contraditoriamente, os salários, variando de acordo com o nível de instrução formal de forma decrescente: enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente, e incompatíveis com as necessidades de sobrevivência, obrigam-no à permanência em dois ou mais empregos.

Outra dimensão da prática da enfermagem, que merece ser pontuada, é a divisão interna do trabalho como caráter marcante. Existe uma separação sistemática e formal: cabe ao enfermeiro, dentre suas atribuições específicas, planejar, controlar e supervisionar o desempenho dos técnicos e auxiliares, encarregados da maior parte do cuidado direto ao doente. Deste modo, o enfermeiro, trabalhador intelectual, assume, no processo coletivo da enfermagem, uma posição destacada na divisão social do trabalho. Esta divisão reflete “...a própria organização do processo de trabalho da profissão, que depende das relações [sociais] de produção e que domina inclusive a própria divisão técnica do trabalho. Ela não é apenas uma divisão de tarefas manuais ou mais intelectuais, entre pessoas de classes sociais diferentes, mas a manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e desigualdade social e, por isso mesmo, tende a se ampliar sob o modo de produção capitalista” (MELO, 1986, p. 54-55). Aliás, a separação entre concepção e execução “é a mais decisiva medida simples na divisão do trabalho tomada pelo modo capitalista de produção” (BRAVERMAN, 1987, p. 113).

O entendimento das condições gerais do trabalho da enfermagem requer uma complementação além das colocações acima. Segundo AGUDELO (1995, p. 154), referindo-se a outros estudiosos, existem diferenças entre as condições de trabalho. São condições intrínsecas aquelas inerentes ao próprio trabalho, relacionam-se ao interesse intelectual que representa o tipo de trabalho e as possibilidades de desenvolvimento pessoal. As extrínsecas podem ser de ordem material, estar ligadas à organização do próprio trabalho ou pertencer ao nível psicossocial. Entre as de ordem material se incluem: higiene, segurança, espaço físico e comodidade. As políticas institucionais, horários de trabalho, salários e estabilidade no emprego estão ligadas à organização do próprio trabalho. As psicossociais correspondem às características do trabalho, relações horizontais e verticais, relações de poder (informações e canais de comunicação).

1.3.3 Elementos do Trabalho da Enfermagem e Suas Diversificações

Os elementos que compõem o processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho), o objeto de trabalho (matéria a que se aplica o trabalho) e o instrumental de trabalho (os meios de trabalho) (MARX, 1982, p. 202).

O trabalho da enfermagem é entendido neste estudo como parte do processo de trabalho em saúde, estando a ele articulado. É dinâmico, mutável e desenvolvido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com o objetivo de resolver os problemas de saúde-doença individuais e coletivos. Compreende ações práticas e teóricas, envolvendo diferentes níveis de prevenção, com a finalidade de prestar assistência de enfermagem. É uma realidade concreta, historicamente determinada, está inserida no mundo material e o transforma, atendendo às suas necessidades.

Como é recente na enfermagem a discussão em torno ao seu próprio trabalho e as suas relações com o processo de trabalho em saúde, ainda há muita confusão quanto à identificação dos seus componentes. Assim é que autores se utilizam de terminologias diferentes para designar a mesma coisa. Basicamente, o trabalho da enfermagem tem como elementos constitutivos o agente (aquele que realiza o trabalho – enfermeiro e/ou técnico e/ou auxiliar de enfermagem), o objeto (aquele sobre o qual se trabalha – corpo, indivíduo, classe social) e os meios de trabalho (instrumentos com os quais se trabalha e que na enfermagem são saberes e técnicas), que se interagem.

A enfermagem, como parcela do trabalho em saúde, está presente na produção de serviços, tanto no modelo de saúde individual como no modelo de saúde coletiva, que não são excludentes e sim “... *dimensões de uma mesma realidade, a saúde, que é dinâmica e contraditória*” (ALMEIDA, 1991, p. 16). No primeiro modelo, a finalidade do trabalho de enfermagem é instrumentalizar o trabalho do médico, caracterizando-se pelos processos “cuidar” e “administrar”. O processo cuidar tem como agentes todas as categorias de enfermagem, e no administrar o agente do trabalho é somente a enfermeira (ALMEIDA, 1991, p. 16). No segundo modelo, a finalidade do trabalho de enfermagem já não é mais apoiar o trabalho do médico, mas a Saúde Coletiva, diversificando-se entre o “cuidar de enfermagem” e o “planejamento em saúde” (ALMEIDA, 1991, p. 16). Segundo CASTELLANOS (1989, p. 153) o modelo de trabalho em Saúde Coletiva, “... *não tem firmado tão concretamente os seus momentos, o que tem possibilitado o reconhecimento de diferentes trabalhos, com diferentes objetos, que podem ser dominados (...) por diferentes profissionais*”.

Entende-se que o trabalho de enfermagem em saúde coletiva constitui-se num conjunto enorme de ações. A necessidade de apreender as diversas práticas de

Enfermagem em Saúde Coletiva levou a ABEn a constituir, em 1996, com duração prevista para três anos (1997-2001), o “Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva”, como parte de um Projeto maior do Conselho Internacional de Enfermeiras destinado a descrever as distintas práticas de enfermagem no mundo, objetivando sua visibilidade. O chamado Projeto ICN/CIPESC/ABEn/BRASIL tem como objetivo geral “*contribuir para a transformação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil, tendo por referência os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira, os perfis de saúde-doença da população e a inscrição constitutiva da enfermagem no processo de produção de saúde*” (ANTUNES et al., 1997, p. 101). O Projeto está dividido em três sub-projetos, todos relacionados à “atenção comunitária”: o Sub-projeto A tem como objetivo “*estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país*”; o Sub-projeto B tem como objetivo “*revisitar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no País, contextualizadas no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde*”; o sub-projeto C tem como objetivo “*construir um sistema de informação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país que permita a sua classificação, troca de experiências e interlocução nacional e internacional*” (ABEn- CEPEn, 1996, p. 1-11).

ALMEIDA (1991), em sua tese de livre-docência, realizada em unidades básicas de saúde, no município de Ribeirão Preto, identificou como objeto de trabalho da enfermagem, bem como de todos os outros trabalhadores da saúde, o “paciente doente”, o que evidencia a necessidade de transformação do próprio processo de trabalho e de sua finalidade em outra direção, mesmo porque fatores sociais e econômicos influem na saúde da população mais do que a assistência médica. A mesma autora identificou como instrumentos do trabalho da enfermagem: as pré-consultas, as pós-consultas, o programa de suplementação alimentar, a vacinação, a coordenação, supervisão e educação em saúde, a visita domiciliária, entre outras, como sendo guiados pela consulta médica, na modalidade de pronto atendimento, ficando a Saúde Coletiva distante dos trabalhadores da enfermagem.

Já em trabalho realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, KASCHER (1990, p. 167-211) identificou alguns aspectos relacionados com o trabalho da enfermagem, em

centro de saúde, que foram selecionados para complementação desse referencial. O primeiro deles fez referência aos aspectos legais: era incipiente a conscientização e a influência da legislação profissional nas ações da equipe de enfermagem daquela instituição. O segundo aspecto foi com relação ao poder institucional, que, ignorando o verdadeiro sentido de cidadania, que implica o direito à assistência qualificada de saúde e de enfermagem, determina ações dentro de propostas fechadas, nas quais a enfermagem, pela falta de controle do seu processo de trabalho, era obrigada a aceitá-las e executá-las. O terceiro aspecto evidenciado foi a situação do enfermeiro, revelando sua falta de identidade profissional, embora ressaltando-se a existência de diferenças qualitativas e quantitativas entre as ações desenvolvidas por ele e pelos outros membros da equipe. O quarto aspecto foi com relação ao grande volume de trabalho da enfermagem, indo muito além do aspecto técnico. O quinto aspecto foi a determinação da maioria das ações de enfermagem pela consulta médica, que lhe davam todo suporte. A análise dos depoimentos daquele trabalho, ao tomar por base as cinco categorias de procedimentos, tarefas e atividades realizadas pelo pessoal de enfermagem no País segundo XAVIER (1987): 1) ações de propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico, e de outros profissionais; 2) ações de propedêutica e terapêutica da enfermagem; 3) ações de natureza complementar ao controle de risco; 4) ações de natureza administrativa; 5) ações de natureza pedagógica – identificou a predominância das ações de propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico, reafirmando a falta de expressão das demais no conjunto da prática assistencial da enfermagem.

Vale lembrar aqui outra dimensão do problema, explicitada no trabalho de BARROS (1985), apresentado em simpósio, na 37ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, cujo tema central foi “O enfermeiro e sua identidade na sociedade”, com o sub-tema “O espaço político-social do enfermeiro”. Neste, ao considerar o enfermeiro como trabalhador assalariado, fazendo parte de uma força de trabalho dividida interiormente, a autora ressaltou a polêmica quanto à responsabilidade do “fazer” da enfermagem. Explicou ainda que o trabalhador enfermeiro não representa nem 10% da força de trabalho da enfermagem, o que limita o seu espaço no processo de produção de serviços, “ainda que ocupe um espaço importante no controle dele”, fazendo administração e supervisão de pessoal auxiliar, o

que determina uma discussão polêmica em torno do seu objeto e seus meios de trabalho, já que estas atividades “não são específicas ou necessariamente características da enfermagem” (BARROS, 1985, p. 5-10).

Outra dimensão especial do trabalho de enfermagem é a sua desvalorização. *“Dado tratar-se de uma categoria hegemonicamente feminina (95% de mulheres no nível superior) e com um corpo de conhecimentos em construção, portanto não solidificado enquanto conjunto de conhecimentos que transformam essencialmente a assistência à saúde, a enfermagem é duplamente subalternizada – ao homem e ao médico, sendo tal subordinação de gênero e de saber, o que a desqualifica enquanto prática relevante no conjunto das práticas da área da saúde”* (FONSECA, 1995, p. 10). Esse estudo não tem as relações desiguais de gênero como uma questão central. Mas não é possível deixar de relacioná-la a determinados traços da prática da enfermeira, como o pouco senso crítico da realidade, contribuindo para a realização de um trabalho alienado e desvalorizado. A feminilização de uma profissão pode justificar também uma série de outros fenômenos relacionados ao trabalho, como por exemplo: os baixos salários, diferenças de regimes de trabalho, status na sociedade, entre outros. Como explica FONSECA (1995, p. 2), *“O sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo destas mesmas relações nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis. Ao contrário, a análise mais profunda de tais relações revela condições extremamente desiguais de exercício de poder, onde as mulheres vêm ocupando posições subalternas e secundárias em relação aos homens.”* Esta citação se completa com o pensamento de COHN e MARSIGLIA (s/d) que, buscando entender o processo e a organização geral do trabalho, se referem aos trabalhos femininos como caracterizados pela leveza, meticulosidade, repetição e sedentarismo, diferentemente dos masculinos, caracterizados como insalubres, perigosos e exigindo o uso acentuado de força física.

Mesmo diante de tantos obstáculos e contradições, o trabalho da enfermagem é incontestavelmente necessário no campo da saúde coletiva. Dentre as possíveis atividades de enfermagem no distrito sanitário, MELO e ARAÚJO (1992, p. 28-30) destacam as ações relacionadas ao reconhecimento do território e sistema geográfico de

informação; ações de educação e promoção à saúde; ações de controle de riscos; ações de atenção à saúde, incluindo atenção à demanda. Ainda, segundo as mesmas autoras, algumas características da enfermagem poderão facilitar o processo de construção do novo modelo assistencial. São elas: a inserção da enfermagem em todos os momentos do trabalho em saúde; o setor público como o maior mercado de trabalho da enfermagem; a permanência e continuidade da enfermagem nos serviços de saúde; o elevado percentual dos trabalhadores de enfermagem na composição da força de trabalho em saúde.

Além disso deve-se reconhecer uma maior identificação social dos profissionais de enfermagem com a clientela (em sua maioria, constituída de população carente), o que os distingue dos outros profissionais da equipe de saúde, já que suas ações vão do cuidado direto à administração de unidades de saúde em diversos níveis (federal, estadual, municipal).

No processo de trabalho em saúde coletiva deve-se levar em consideração, ainda, a cooperação mútua entre o cliente (usuário) e o profissional. Desta relação espera-se uma interação comunicativa, sobrepondo-se aos aspectos técnicos. Não se trata de tornar secundário o conhecimento técnico, mas sim de complementá-lo, tornando-o eficaz e efetivo.

Cabe reconhecer ainda que o papel da enfermeira vem-se transformando, não sendo mais o *“...técnico que se cala, que não toma iniciativas, a enfermeira hoje é chamada a tomar parte ativa na promoção da saúde, na prevenção da doença, na restauração da saúde, na melhoria do sofrimento. Ela é responsável por tudo o que diz respeito aos cuidados de enfermagem”* (YONGERT, 1989, p. 135).

CAPÍTULO 2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS E A MUNICIPALIZAÇÃO EM JUIZ DE FORA

2.1 – O Setor Saúde - Os Rumos da Reforma Sanitária no Brasil

Os anos 80 caracterizaram-se por grandes mudanças no Setor Saúde no Brasil, sobretudo em decorrência do processo de redemocratização que se deu com o início da Nova República. Num momento de crise econômica e social, paralelo ao fortalecimento do processo de abertura política, os problemas de saúde passaram ao centro do debate, situados no contexto de reforma das políticas sociais.

Por ser considerado o passo inicial do processo de descentralização e municipalização da saúde no país, o Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS (posteriormente denominado Ações Integradas de Saúde - AIS) foi escolhido como início para a contextualização do estudo. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, em 1982, operacionalizado através do programa citado, serviu de base para a ação no campo da saúde. Nesse sentido, as AIS *“tornaram-se o conjunto de diretrizes que orientavam a nova estrutura organizativa, imprimiram o sentido da descentralização, estabeleceram as bases técnicas, econômicas e jurídicas do relacionamento com o setor privado e ordenaram todas as decisões que enlaçavam o INAMPS¹³ às outras instituições de saúde através dos órgãos colegiados...”* (CORDEIRO, 1991, p. 7). A mudança dos mecanismos de articulação entre o INAMPS (antes, prestador de serviços, na época controlador e co-financiador do sistema de saúde) e as outras instituições públicas do País, bem como o surgimento de formas inéditas de gestão colegiada nos três níveis de governo, representaram um passo à frente na luta pela tão desejada Reforma Sanitária Brasileira, e introduziram os primeiros mecanismos destinados a viabilizar as transferências de recursos da União para os municípios, numa relação direta, através de convênios.

Em 1984, frente às pressões do setor privado, que determinaram o redirecionamento das políticas de saúde, as AIS esbarraram em resistências, passando por um período de inércia, logo após a saída, de órgãos estatais, de técnicos vinculados

13 INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Instituição formuladora e sustentadora do modelo médico - assistencial brasileiro de 1960 a 1980.

ao movimento sanitário. As AIS não conseguiram, naquele momento, levar adiante a integração dos órgãos envolvidos.

No entanto, com a nova gestão do INAMPS a partir de 1985, as AIS tomaram novo impulso. Os repasses para os municípios foram acompanhados de investimentos que possibilitaram a ampliação da rede e de sua capacidade operativa, representando uma importante extensão da cobertura de serviços de saúde. O número de convênios pulou de 132 (115 no Piauí) em 1984 para 2.500 municípios em 1986, cobrindo cerca de 60% da população brasileira (SOARES, 1995, p. 292).

As principais características do período 1985-88 foram: um expressivo aumento real de recursos federais aplicados ao setor saúde; antecipação da universalização preconizada pela Constituição de 1988; expansão quantitativa e qualitativa nos serviços de saúde; estímulo ao desenvolvimento de unidades públicas de saúde; equiparação urbano-rural na remuneração dos serviços prestados; implantação de nova modalidade de convênio com as entidades filantrópicas, o que permitiu o acesso dos não-contribuintes, abolindo a figura do “indigente” – entre outros. Além disso, a estrutura de financiamento dos serviços de saúde foi radicalmente modificada, superando a compra de serviços e introduzindo a “Programação e Orçamentação Integradas” (POI). As ações de caráter coletivo passaram, pela primeira vez, a ser financiadas pelo INAMPS (SOARES, 1995, p. 293).

O movimento sanitário (que contava com o apoio de profissionais da saúde, intelectuais e movimentos populares) defendia, no cenário de luta pela consolidação da democracia, “a saúde como direito de todos e dever do Estado”, enfocando sua concepção a partir das condições de vida da população.

Em março de 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que, apesar de convocada através de decreto presidencial, se estruturou a partir de conferências municipais e estaduais, resultado de um processo social de caráter democrático. Pela primeira vez os usuários dos serviços de saúde estavam representados, dando início ao processo de participação popular na política de saúde, considerado precursor no âmbito das políticas sociais brasileiras. Os temas propostos: “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor” facilitaram a conclusão da determinação social e econômica do processo saúde-doença, culminando

com a definição ampliada de saúde, proposição defendida pelo movimento sanitário, apresentada no seu Relatório Final: *“Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 382).

A VIII Conferência começou a delinear também o Sistema Único de Saúde. O já citado relatório também alertava para que as AIS não fossem justificativa para postergar a implantação do mesmo. Para CORDEIRO (1991, p. 92) *“o aperfeiçoamento das AIS e a descentralização das ações do INAMPS, transferindo recursos e atribuições para os estados e municípios, ocorridos (entre 1986 e 1987), resultaram na criação das condições para um passo adiante: Os SUDS”*. Assim, em 1987, foi enviado ao Presidente da República o anteprojeto de criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS (MPAS-INAMPS, 1987), tendo como objetivo contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. A concepção do SUDS baseava-se na unificação com descentralização, o que introduzia um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração, e não (como temos hoje) na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades.

A Carta Constitucional de 1988 contemplou os principais itens e princípios requeridos pela Reforma, trazendo a esperança de concretização do SUS. Assim, foram introduzidas importantes inovações, como a inserção da saúde no conceito mais amplo de *Seguridade Social*, como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (C.F., art.194); a obrigação do Estado no sentido de assegurar a saúde como direito de todos *“mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (C.F., art. 196); a constituição do sistema único de saúde (C.F., art. 198); a participação da comunidade (C.F., art. 198) e a regionalização e hierarquização da rede (C.F., art.198).

Considerada como direito, a saúde passou a ser vista a partir das reais necessidades, e não a partir do poder de compra das pessoas¹⁴. A universalização, na realidade, implantada em 1985, antes da Constituição, desvinculou a assistência à saúde da contribuição previdenciária, partindo do entendimento solidário de que toda a sociedade (particularmente os mais pobres) contribui direta ou indiretamente para a seguridade social.

Dois anos depois, já em um contexto político e econômico de retrocesso, totalmente desfavorável aos princípios constitucionais, o Congresso Nacional aprovou a Lei 8080/90 e a Lei 8142/90, que regulamentam o SUS; e em 1993, como ato complementar, foi sancionada a Lei 8689 que repassou ao Ministério da Saúde as atribuições e competências do INAMPS. Essa regulamentação, apesar de preservar princípios gerais como a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular, diretrizes fundamentais do SUS, trouxe consigo também retrocessos, particularmente no que diz respeito ao financiamento, com a retomada do repasse de recursos via compra de serviços (AIH - Autorização de Internação Hospitalar, e UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial).

Na atualidade, a insatisfação com os serviços de saúde é grande e a construção do SUS é um processo conflituoso, de avanços e recuos, cheio de entraves de diversas naturezas. Sua implantação não vem sendo feita de maneira uniforme nos estados e municípios brasileiros; as especificidades advêm de realidades locais diversas, de disputas políticas e do grau de envolvimento da comunidade. Em oposição à sua concretização existem fatores que se têm constituído em verdadeiras barreiras: *“o financiamento; as relações entre público x privado; a estratificação no acesso aos serviços; a descentralização, concorrentemente reduzida à municipalização; a prática médica; os conflitos entre os interesses corporativos e da sociedade; a organização do processo de trabalho, o modelo assistencial, entendido como o espaço de organização das práticas sanitárias; e a ineficiência do Estado, enquanto gestor das políticas públicas em geral e da saúde em particular”* (SCOTTI, 1994, p. 28).

Na realidade, um dos principais entraves à continuidade do processo de construção do SUS tem sido o substancial corte de recursos por parte do Governo

14 Poder de compra que hoje é elemento central no modelo neoliberal.

Federal. A parcela dos recursos previdenciários, antes garantida (em 1987 esses recursos para a saúde representaram 37% do Fundo de Previdência – FPAS, acima dos 30% preconizados pela Constituição), a partir de 1993 deixou de ser repassada para o Ministério de Saúde (mesmo depois de ter incorporado todo o INAMPS). A saúde conta hoje com o fluxo irregular do Tesouro Federal, sujeito a todo tipo de contingenciamentos e cortes. *“A política de saúde de cunho universalizante vê-se obrigada a um refluxo dramático”* (SOARES, 1995, p. 296).

Municipalização da Saúde - A Pretendida Implantação do SUS

O SUS colocou para os estados e municípios uma situação completamente nova e, apesar da competência legal, não existe ainda experiência acumulada. Assim é que, segundo CUNHA (s/d), municipalização da saúde é o reconhecimento do município com a responsabilidade política pela saúde de seus cidadãos; em outras palavras, é a aceitação real da transferência de recursos, competências e encargos. O problema é que tem sido transferidos competências e encargos sem a correspondente transferência de recursos.

A política de municipalização, como estratégia para reestruturação do setor saúde, tem como respaldo a lei 8080/90, mais especificamente o seu art. 7º, que diz que o SUS deve dar “ênfase na descentralização dos serviços para o município” e o art. 18, que define as competências da direção municipal do SUS. A Lei 8142/90 define no seu art. 4º, o que poderíamos chamar de pré-requisitos para a municipalização, pois para administrar os recursos dos Fundo Nacional de Saúde, conforme art. 2º da mesma Lei, os municípios terão que contar com: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde; Relatórios de Gestão; Contrapartida de Recursos para a Saúde; Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários. Dessa forma a descentralização buscou uma nova compreensão para a participação popular, visando ao efetivo controle social sobre o SUS.

Tratando de “operacionalizar” o processo de municipalização e, sobretudo, de “racionalizar” o repasse de recursos, a partir de 1991 o INAMPS passou a editar uma série de Normas Operacionais Básicas (NOBs), que têm como objetivo “regular a transferência de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o

planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros” (CUNHA, s/d), isto é, tratam do repasse de verbas.

A Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/93, editada pelo Ministério da Saúde, institui diferentes condições para “*colocar sob gestão de Estados e Municípios instrumentos gerenciais que lhes possibilitem organizar ações e serviços de saúde no seu âmbito com maior autonomia e, ao mesmo tempo, levando em consideração a desigualdade existente entre as várias realidades*” (CUNHA, s/d, p. 14). Segundo ELIAS (1996), essa NOB foi o instrumento fundamental para alavancar o processo de “Municipalização da Saúde”, pois tem como pilares fundamentais o financiamento das ações de saúde e o controle social. Ela estabelece três tipos de condições de gestão: 1) condição de gestão incipiente, 2) condição de gestão parcial, e 3) condição de gestão semi-plena, que representam três tipos diferentes de municipalização, com graus distintos de autonomia. A responsabilidade total do município pelas ações e serviços prestados pelo SUS só é assumida na condição de gestão semi-plena, e são muitos os requisitos para enquadramento e permanência nesta situação. A grande maioria dos municípios brasileiros ainda não preenche esses requisitos, o que tem retardado e dificultado o processo de municipalização.

O Processo de Mudança dos Modelos Assistenciais

Os manuais de saúde pública adotam como definição de “modelo” um conjunto de regras que condicionam a um determinado desenho organizacional e técnico. Aqui, visto enquanto um processo dinâmico, entende-se modelo como “*modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi - las e distribuí - las*” (CAMPOS, 1994, p. 53).

No cenário brasileiro, conforme esclarece MENDES (1994, p. 19-91), predominaram quatro modelos assistenciais, decorrentes de diversas políticas de saúde: sanitarista campanhista, médico - assistencial privativista, reformista e neoliberal.

O primeiro, hegemônico no período que se estende do final do século XIX até metade da década de 60, exigia do sistema de saúde o combate às doenças de massa, para se evitar prejuízos à exportação. Com a industrialização, o modelo sanitarista campanhista deixou de atender às necessidades requeridas pela sociedade, quando o

Estado passa à construção de um novo modelo para manter restaurada a capacidade produtiva do trabalhador.

A Lei 6229/75 separou as ações de saúde pública, de responsabilidade estatal, das ações de “atenção médica”, de responsabilidade do setor privado, institucionalizando o modelo médico-assistencial privativista. Com a lei que criou o Sistema Nacional da Previdência Social (em 1974) e a Lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), garantiu - se a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa. Criou-se, em 1979, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, como a parte do sistema previdenciário responsável pelos serviços de assistência médica dos segurados.

Esse conjunto de políticas públicas propiciou, na década de 70, a hegemonia do modelo médico-assistencial privativista, assentado no tripé: “ *a) O Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social; b) O setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica; c) O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos*” (MENDES, 1994, p. 26). Esse modelo se constitui em quatro subsistemas: 1) subsistema de alta tecnologia, 2) subsistema privado de atenção médica supletiva, 3) subsistema privado contratado e conveniado e 4) subsistema estatal, cuja hegemonia pertence ao subsistema privado e conveniado com a Previdência Social. A lógica desse modelo era sustentada pela prática médica hospitalocêntrica, especializada, individual e curativa, objetivando apenas a demanda dos segurados da Previdência.

Nos anos 80, apesar de toda a luta da sociedade, como foi visto anteriormente, com ganhos que podem ser considerados expressivos, o setor privado cresceu em função dos resultados das políticas públicas de saúde, que não atendiam a todos os interesses de classes e grupos políticos existentes no País. Ele representa uma forma de compensar as diferentes necessidades geradas pela desigualdade social, já que os serviços públicos de saúde eram destinados ao atendimento dos “pobres”. No início dos anos 90, configuram-se dois projetos alternativos: o neoliberal, hegemônico, e o da reforma sanitária, contra - hegemônico (MENDES, 1994).

Segundo MENDES (1994), na década de 80, o subsistema público aumentou a sua capacidade instalada, seus gastos e o número de empregos no mesmo, diminuiu a produção de consultas médicas, manteve constantes as internações hospitalares e não resolveu o desequilíbrio regional entre cuidado ambulatorial e hospitalar. Isso resultou em menor produtividade, refletindo na qualidade e na equidade dos serviços ofertados à população. Essa constatação vem ao encontro da análise de CARVALHO (jul. 1992), na qual o autor afirma não ser o SUS exclusivo e sim realista, ao abrir campo para a iniciativa privada e instituições filantrópicas, com e sem fins lucrativos. Mas, ao mesmo tempo, o autor expressa seu temor quanto a deixar a saúde entregue à modernidade neoliberal, do “livre mercado”, dada a necessidade de ser assegurada a todos. Considerando-se a atual intervenção do Estado e o pequeno número de entidades de fins não lucrativos no setor, o mercado privado assume uma dimensão concorrencial bastante ampla, o que por si só já justifica o seu temor.

Mas que modelo assistencial está sendo proposto hoje para a população brasileira dos anos 90?

O documento “Agenda para o Ministério da Saúde em 1994” (BRASIL, 1994) assume a necessidade de um novo modelo a ser discutido pelos três gestores públicos, já que, ao nível federal, competem questões mais gerais, e, em relação às particularidades, “caberá a cada gestor local buscar saída e normatizar local ou loco-regionalmente”. Já o documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (BRASIL, 1993) refere-se à necessidade de construção do “novo” modelo de acordo com a Constituição Federal e as Leis 8080 e 8142, garantindo: *“utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; controle social com poder deliberativo, sobre a política e recursos da área da saúde; acesso às informações e dados em saúde; acesso universal e gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema; implantação de um sistema de referência e contra-referência; controle sobre produção, distribuição e consumo de produtos e serviços que envolvem riscos à saúde; participação complementar dos serviços privados; controle mais efetivo sobre a rede de serviços; ações individuais e coletivas visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde; ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando à redução das internações e*

incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços de saúde” (BRASIL, 1993).

Esse modelo foi referendado pela IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, realizada em agosto de 1992, que, com o tema central “Municipalização é o caminho”, imprimiu a marca da descentralização, tendo como um dos pontos centrais a certeza: “cumpra-se a Lei e implante-se o SUS” (BRASIL, 1993). Nesse sentido conclui-se que os serviços públicos de saúde locais devam configurar-se em “*um sistema que associe a lógica tecnológica da epidemiologia à clínica, que assuma a não neutralidade das ações de saúde, com gestão pública e democrática [...] [para poder] reorientar as ações de saúde no país*” (MERHY, 1984, p. 95).

A leitura feita por TAVARES SOARES¹⁵ do processo de descentralização das políticas sociais no pós-90 é de que o mesmo encobriu, na realidade, uma forte recentralização das decisões e dos recursos, estes cada vez mais reduzidos. Essa descentralização, tipicamente neoliberal e totalmente distinta à preconizada na Constituição, significou o total desmonte das políticas e programas sociais federais, colocando, em seu lugar, projetos como o “Comunidade Solidária”, com características muito similares ao preconizado e implantado na América Latina pelo Banco Mundial: focalização “nos mais pobres”; ações de caráter emergencial e temporário; “parcerias” com a comunidade; nenhuma visibilidade dos recursos; e, sobretudo, nenhuma efetividade e eficácia em termos de resultados.

No setor saúde, o “pacote básico” (também proposto pelo Banco Mundial, em 1993¹⁶) de ações simplificadas de saúde para pobres representa, também, uma ameaça à proposta do SUS de universalização e garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Essa proposta, já implementada em alguns países de América Latina, ainda está em discussão no Brasil no âmbito do Governo Federal.

Cabe aqui comentar ainda que, em 1994, o Ministério da Saúde elabora como estratégia de implementação do SUS o Programa de Saúde da Família, que será analisado a seguir.

15 Notas da disciplina “Política Social” ofertada no curso de Doutorado da EEAN pela Prof^a. Dr^a. Laura Tavares Soares.

16 Ver SOARES, Laura Tavares. “O Neoliberalismo e as Políticas de Saúde”, texto mimeografado, 1996.

O Programa de Saúde da Família - PSF

O PSF surgiu a partir de uma reunião (dez. 1994) promovida pelo Ministério da Saúde com a participação de órgãos internacionais e nacionais, no governo Itamar Franco. A reunião, com o tema “Saúde da Família”, deu origem ao documento “Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa” que, contemplando a proposta das entidades participantes da reunião, fornece subsídios para a sua implementação. A sua base é a Atenção Primária em Saúde¹⁷.

Como ponto de partida para sua análise, é necessário visualizar “programa” como uma definição mais ampla de determinada orientação, coesa internamente. O Programa, de caráter nacional, é entendido como espaço criado para facilitar a implementação da política nacional de saúde. Nesse sentido, o MS define o PSF com o parte de uma estratégia para promover mudanças no modelo de assistência à saúde no País, visando com a sua implantação a contribuir para a organização do Sistema Local de Saúde - SILOS. Seu objetivo central é a promoção de uma assistência de qualidade, humanizada, tendo os princípios do SUS como normas para o atendimento às famílias, o que evidencia em parte a luta pela continuidade de sua implantação. Na avaliação de BARROS (1997, p. 121), o PSF faz parte do esforço do poder federal em “*reduzir a desigualdade de acesso e estimular ações de prevenção e promoção da saúde*”.

Seu grande mérito é a tentativa de reorganização da rede básica de serviços do SUS, o que conseqüentemente influenciará desde a atenção básica até os níveis de maior complexidade.

De acordo com “O Globo”, de 20/ 08/ 1997, pretende-se também modificar o mercado de trabalho na rede do SUS, com a implantação de 3500 equipes de família até 1998, capacitadas por universidades com o apoio do MS.

O Ministério tem feito propaganda do PSF (publicação dos cadernos Saúde da Família) através dos exemplos que ele considera sucessos, como as experiências de Camaragibe, Brumadinho, Assis, Londrina, Campina Grande, Curitiba, entre outras.

A proposta que se pretende gradativamente implantada em nível nacional inicialmente difere-se do modelo de Cuba¹⁸ e do conhecido modelo de Niterói, este

¹⁷ Conceito já superado e criticado pelo movimento de Reforma Sanitária desde os anos 80, sendo substituído pelo Atendimento Básico Integral.

¹⁸ É importante registrar que, sabidamente, Cuba, país socialista de terceiro mundo, exhibe indicadores de saúde próximos ou superiores a muitos dos países capitalistas, reconhecidos como de primeiro mundo.

último baseado no primeiro, pela composição da equipe, que não se polariza entre o médico e o auxiliar de enfermagem. Nessa direção, a equipe foi não só ampliada, mas mudada; da “*auxiliar de saúde, sobrecarregada com o que a demagogia dos tecnocratas lhe empurrou pensando em economizar, para a incorporação de enfermeiros e de investimento na capacitação profissional do restante da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem*” (CAMPOS, 1994, p. 57-58).

Segundo as determinações ministeriais, as equipes do PSF devem ser compostas basicamente por: 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 02 (dois) auxiliares de enfermagem e 04 (quatro) agentes comunitários de saúde, para atuarem numa área geograficamente definida onde habitem de 800 a 1000 famílias. Estas podem ser alterada de acordo com a realidade local. É verdade que está última afirmação abre espaço para modificações inevitáveis na composição da equipe; assim, em regiões onde não existe oferta de enfermeiros, estes poderão ser substituídos por outro profissional da equipe de enfermagem. Porém, nos centros urbanos onde há oferta de recursos humanos, não haverá justificativa para esse procedimento. Merece ainda referência a ausência do dentista na equipe, refletindo uma concepção restrita do conceito de saúde.

A leitura do documento-base chama atenção pela valorização das equipes, com a garantia de pagamento diferenciado, pelo regime de dedicação exclusiva, a todos os profissionais, estímulo à formação e treinamento para assistência integral à saúde do indivíduo e da família na comunidade, assegurando programas permanentes de educação. Assim, a determinação de manutenção de equipes treinadas especificamente para atuarem na prestação de “assistência integral à saúde” do indivíduo e da família deverá ser acatada pelo município. O incentivo é citado também em relação à moradia dos profissionais, que deverá ser na própria comunidade, embora dependente da colaboração de instituições privadas e entidades sem fins lucrativos.

Os agentes comunitários de saúde, no entanto, como elementos sem qualificação profissional específica, ferem os princípios do SUS, principalmente se não estiverem ligados à rede (única) de serviços, pois se destinam à assistência daqueles que não têm, em princípio, condições de pagar diretamente por um atendimento diferenciado (embora paguem impostos e contribuições sociais). A população que tem educação, moradia, salário, com certeza não precisará da orientação desse pessoal. Este é um item que

merece atenção das equipes vinculadas ao programa, em especial dos enfermeiros, que são diretamente responsáveis pelo seu treinamento, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Entende-se que o enfermeiro assume uma grande responsabilidade, com o treinamento de pessoal, portador de grau mínimo de instrução, que se pretende, mobilizador da comunidade. Superestima-se sua capacidade como educador em saúde para socializar todo o conhecimento apreendido em treinamento. Segundo análise de BARROS (1991, p. 7-9), esses agentes desenvolvem ações que exigem capacidade de observação, de juízo e de execução. A Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn – preconiza a qualificação desses em auxiliares de enfermagem, defendendo os direitos legais da profissão, o que tem sido motivo de discussão, principalmente entre os próprios enfermeiros. A Lei 7498/86, teoricamente, acabou com o atendente de enfermagem, que agora ressurgiu, com respaldo ministerial, na figura do agente comunitário de Saúde – ACS. O Ministério da Saúde, buscando amenizar a situação, estabelece como competência do nível central “*Desenvolver articulações com a Coordenação Geral de Recursos Humanos da FNS [Fundação Nacional de Saúde] e dos órgãos correspondentes nos estados, para garantir a profissionalização dos ACS em auxiliares de enfermagem, assim como a complementação da escolaridade de 1º grau, junto ao MEC*” (BRASIL, MS, 1994, p. 9). Acredita-se que o ACS possa até contribuir com a melhora da qualidade de vida, em localidades onde não exista profissional mais qualificado para desenvolver ações levadas a efeito pelo SUS, mas há que se observar a sua capacidade e o grau de responsabilidade a ele delegada, em função da clientela a ser assistida. Mesmo assim, considera-se que o mesmo deva estar hierarquicamente ligado ao serviço de enfermagem de uma determinada área, o que com certeza facilitará sua supervisão e o controle de suas ações. Onde existe equipe de enfermagem, a presença do ACS, aliada à do médico, é uma superposição desnecessária de recursos humanos, fragmentando mais ainda a enfermagem, e retirando do enfermeiro a responsabilidade pela assistência de enfermagem profissional.

As unidades do PSF devem constituir-se em porta de entrada do Sistema de Saúde do Município. Seus serviços só deverão ser iniciados após um diagnóstico de saúde da sua área de abrangência, racionalizando a expansão de cobertura e aumentando

a eficiência do nível primário. Percebe-se aqui uma intenção de articulação das unidades do PSF à rede de serviços do município.

Em termos de sustentação financeira, ficou definido que, com o PSF, o município recebe pela produção das equipes, que é financiada com base no sistema de informação do SUS. Através de um convênio com o MS, as secretarias municipais de saúde recebem financiamento para as despesas iniciais do Programa, além de um acréscimo ao percentual do Piso Ambulatorial Básico - PAB¹⁹, que pode chegar a 80% do seu valor original; portanto, quanto mais áreas atendidas, maior o incentivo financeiro. O problema deste incentivo é que o mesmo não está vinculado à expansão da rede, o que mantém a situação existente, podendo sobrecarregá-la. Ainda em relação ao financiamento, existe um repasse de verbas para as Secretarias Estaduais de Saúde para as atividades de planejamento, capacitação, educação permanente e supervisão, que são consideradas responsabilidades das coordenações estaduais do Programa.

No sentido de garantir a participação da população, as determinações ministeriais estabeleceram que o PSF deve observar o interesse da comunidade em participar do Programa, considerando suas necessidades locais de saúde e a oferta de serviços. Por outro lado, instituindo a idéia de parcerias com instituições da comunidade, em detrimento do fortalecimento da rede pública, a saúde deixa de ser dever do Estado e passa a depender da boa vontade de instituições.

Detalhando ainda mais as determinações ministeriais, o programa apresenta a idéia de internação domiciliar, que teoricamente é bem intencionada em termos do conforto que proporciona ao paciente, não o retirando do seu ambiente domiciliar. Por outro lado, a internação familiar repassa à família a responsabilidade do Estado, contribuindo com a diminuição dos gastos para a atenção à doença, contrariando assim os princípios da universalidade e da integralidade da assistência, que em última análise diferencia as oportunidades de acesso à hospitalização, separando ricos e pobres.

A gerência nacional do PSF ficou a cargo da Fundação Nacional de Saúde, que apresenta como sugestão a criação de coordenações nos níveis estadual e municipal,

¹⁹ O Piso Ambulatorial Básico - PAB, de responsabilidade municipal, é uma soma de recursos que se destina ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica ao nível municipal. O piso é determinado pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população definida pelo IBGE no município, e transferido ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios regularmente, conforme condições estipuladas pela NOB 1/96 (ver páginas 17067-17068, Seção I, DOU n° 170, de 2/10/96).

articuladas aos demais programas de saúde. Isto implica na manutenção da velha organização vertical baseada em programas oriundos do nível central.

Pelo exposto pode-se afirmar que o PSF só poderá contribuir com as prerrogativas do SUS se for implantado de forma articulada com outras esferas do poder público, em uma rede que funcione em todos os níveis de atendimento, para atender efetivamente às necessidades da população em termos de qualidade e resolutividade. Do contrário, como proposta isolada, distancia-se da inversão de modelo por ele preconizada, reproduzindo a idéia do serviço público de saúde pobre para usuários pobres. Assim, devemos nos afastar da idéia de assistência primária ligada ao baixo custo, se quisermos pensar em unidades básicas (e não primárias) como instrumentos de uma política de justiça social mais equânime.

2.2 – O Sistema Único de Saúde - SUS em Juiz de Fora

O Contexto Local: Juiz de Fora

Juiz de Fora, município localizado na Zona da Mata, a sudeste do estado de Minas Gerais, abrange uma área terrestre de 1.423,95 km², sendo apenas 440,676 km² de zona urbana. Está dividido em quatro unidades político-administrativas: Distrito Sede, Distrito de Sarandira, Distrito de Torreões e Distrito de Rosário de Minas. No Distrito Sede encontra-se a cidade de Juiz de Fora (vide Figura 1).

Possui uma população de 385.996 habitantes, sendo 380.249 concentrados na zona urbana e 5.747 na zona rural, segundo o Censo de 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. É o segundo município do Estado em população, com projeção de 419.129 habitantes para 1995, segundo a taxa de crescimento de 2,08% ao ano, de acordo com o mesmo Instituto.

Conhecida como “Manchester Mineira”, por ter sido o núcleo industrial mais importante do Estado no fim do Século XIX e princípio deste, mudou sua característica de cidade têxtil para cidade prestadora de serviços, principalmente nas áreas de saúde e educação.



Figura 1: Unidades político-administrativas do Município de Juiz de Fora
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

Economia

Entre 1889 e 1930, Juiz de Fora foi pólo industrial mineiro em virtude da cafeicultura, da produção de alimentos, produtos têxteis e mobiliários. A partir de 1930, com a transferência dos grandes capitais para o Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, começou o seu processo de retração econômica.

Com relação à economia, apresenta como rendimento médio mensal dos chefes de domicílio os dados que podem ser verificados na tabela a seguir, que evidenciam uma renda de até dois salários mínimos para 47% da população:

Rendimento Médio Mensal dos Chefes de Domicílio - Juiz de Fora, 1991

Classe de Renda	Domicílios	%	Pessoas
Até 1 SM	24.149	24,03	94.649
Mais de 1 a 2 SM	23.322	23,21	90.102
Mais de 2 a 5 SM	27.815	27,68	103.497
Mais de 5 a 10 SM	13.256	13,19	48.167
Mais de 10 a 15 SM	4.769	4,75	17.844
Mais de 15 a 20 SM	3.021	3,01	7.563
Mais de 20 SM	2.012	2,00	11.829
Sem rendimento	2.031	2,02	7.916
Sem declaração	123	0,12	430
TOTAL	100.498	100,00	381.997

Fonte: Censo Demográfico - 1991 - MG, Centro de Pesquisas Sociais - 1991.

Outro dado importante em relação à economia é a receita da Prefeitura de Juiz de Fora, que em dólares americanos, no ano de 1994, foi de US\$94.326.769 e a despesa, na mesma época, de US\$83.040.026, gerando o saldo positivo de US\$11.286.743, o que significa 12% da arrecadação (situação ímpar se comparada à maioria dos municípios brasileiros.

A distribuição setorial da mão-de-obra empregada no Município em 1990 era a seguinte:

Serviços	51,585%
Indústria	27,62%
Comércio	14,015%
Construção Civil	4,98%
Agricultura, extração vegetal e mineral, criação de animais e silvicultura	1,81%

Essa tabela demonstra a mudança do perfil da cidade, que não conseguiu viabilizar crescimento e modernização industrial. A dificuldade de crescimento econômico de Juiz de Fora é reflexo da estagnação econômica do Estado de Minas

Gerais, conseqüência das dificuldades econômicas do País. A improvisação, o comércio informal e a implantação de pequenas indústrias fazem parte do cenário local.

Educação

Juiz de Fora apresenta um total de 252 escolas com 1º, 2º e 3º graus, sendo que 94²⁰ unidades pertencem à rede municipal, 51 à rede estadual, duas à rede federal e 105 à rede particular de ensino, o que representa uma participação bastante expressiva no setor. Apresenta ainda cursos noturnos para alfabetização de adultos, uma única escola com sala para deficientes visuais, e muitas pré-escolas. A cidade oferece também escolas de iniciação profissionalizante, como as dos Serviço Nacional do Comércio – SENAC, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI, Serviço Social da Indústria – SESI e (17) dezessete cursos técnicos exclusivamente profissionalizantes, com duração entre (3) três e (4) quatro anos, distribuídos entre as redes particular, federal e estadual de ensino. Possui uma Universidade Federal, funcionando nos três turnos (manhã, tarde e noite), com 6.966 alunos matriculados no 2º semestre de 1995, distribuídos nos seguintes cursos: Administração, Arquitetura e Urbanismo, Ciências Biológicas, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Educação Artística, Enfermagem e Obstetrícia, Engenharia Civil, Engenharia Elétrica, Farmácia e Bioquímica, Filosofia, Física, Fisioterapia, Geografia, História, Letras, Matemática (Licenciatura/Bacharelado e Bacharelado em Informática), Medicina, Odontologia, Pedagogia, Psicologia, Química, e Serviço Social. Conta ainda com três instituições particulares (Faculdade Machado Sobrinho, Faculdade do Colégio Cristo Redentor e Faculdade Viana Júnior), que possuem outros cursos de nível superior, não existindo, no momento, informações disponíveis sobre a qualidade deles.

Habitação

O Município não dispõe de uma política habitacional específica, mas possui como alternativa social a coordenadoria de Regularização de Parcelamentos e Tributação Diferenciada - CORE, cuja finalidade principal é oferecer solução para possibilitar a

20 Dados extraídos da publicação Avulsa da Prefeitura : “Juiz de Fora: A Construção do Futuro. As Soluções Administrativas que Preparam Juiz de Fora para a Virada do Milênio” - 1996 (gestão 93-96) .

regularização de loteamentos, além de tentar transformar a situação existente em situação de direito.

O crescimento e o empobrecimento da população têm levado à ocupação de áreas não urbanizadas, como encostas, margens de rios, etc.

Assistência Social

O Mapa da Fome, elaborado pelo IPEA em 1994, mostrou que vivem em Juiz de Fora 17.000 famílias abaixo da linha de indigência, evidenciando a necessidade de atenção especial à política social do Município.

O atendimento ao idoso

Este setor é muito limitado. Poucas são as instituições que desenvolvem ações para esta parcela da população; apenas sete abrigos e cinco instituições, entre filantrópicas e órgãos municipais, promovem atividades de apoio social.

O atendimento à criança e ao adolescente

Em 27 de março de 1992, foi criado em Juiz de Fora o Conselho da Criança e do Adolescente, pela Lei nº 8056, o que ainda não resolveu o problema da assistência no Município. Não existem informações disponíveis sobre o número de crianças na idade escolar que não são atendidas. O atendimento em instituições específicas, de modo geral, privilegia as famílias em que os pais trabalham e não têm com quem deixar os filhos, no período de tempo em que a criança e o adolescente não estão na escola.

O atendimento ao deficiente

Não há dados disponíveis em Juiz de Fora para a classificação dos portadores de deficiência. Existe um setor na Secretaria Municipal de Saúde – o Centro Odontológico de Atenção aos Pacientes com Necessidades Especiais – COAPE, especializado em saúde bucal, e se destina ao atendimento de pacientes com “retardo mental”, autismo, síndrome de Down, alguns tipos de deficiência física, dentre outros. O sistema de saúde do Município possui apenas este atendimento diferenciado, o que prejudica a integralidade da assistência à saúde.

Infra-estrutura

Com relação à infra-estrutura, a população do município está servida por redes: de água, de esgoto, iluminação, transporte, mas sua manutenção é deficiente.

Abastecimento de água e sistema de captação de águas pluviais e de esgoto

Constitui grande problema a rede única de captação de esgoto e água pluvial, principalmente no centro da cidade. Existe uma empresa pública municipal responsável pelos serviços de água e esgoto, com planos para melhorar a sistema até o ano 2011. Dados de 1996, da Companhia de Saneamento e Pesquisa do Meio Ambiente-CESAMA, empresa pública da Prefeitura Municipal, mostram que 98% da população eram atendidos com água potável.

A rede de esgoto serve 97% da população, não havendo tratamento prévio para os dejetos, que são lançados diretamente nos córregos e ribeirões.

Energia Elétrica

A Companhia Energética de Minas Gerais – CEMIG – atende a 99% da população urbana.

Limpeza Urbana

O Departamento Municipal de Limpeza Urbana - DEMLURB é a entidade autárquica da Prefeitura de Juiz de Fora responsável pela limpeza urbana. Dentre as dificuldades enfrentadas pelo Município nesta área destacamos duas: a falta de incineração de lixo hospitalar e a limitação da Usina de Compostagem do Lixo. Realizada de dois em dois dias, a coleta de lixo domiciliar atende a 98% da população.

Sistema Viário

Bastante sobrecarregado na área central, que é a de maior movimento. É deficiente a conexão do sistema com os demais municípios da região.

Transporte Coletivo

Existem 148 linhas de ônibus urbanos para atender às diversas áreas da cidade, cobrindo de forma razoável os diversos bairros e as Unidades de Saúde .

Na área central, o transporte coletivo é priorizado na Avenida Rio Branco, que funciona com o único corredor NORTE-SUL, com pistas centrais seletivas, facilitando o trânsito de veículos.

Para escoamento da produção de minérios, cimento e componentes siderúrgicos da Zona Metalúrgica de Minas Gerais, servindo como elo de ligação entre os portos do Rio de Janeiro e Sepetiba - ES e o interior de Minas Gerais, a cidade possui uma linha da Rede Ferroviária Federal - REFESA.

O aeroporto é pequeno, localiza-se a 6 km do centro comercial e serve à aviação comercial com linhas regulares.

O Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora: Algumas Soluções Locais que Representaram Avanços na Municipalização

A municipalização da Saúde em Juiz de Fora estruturou-se a partir de discussões desencadeadas depois do surgimento da legislação que sustenta o SUS. Antes disso, os serviços de saúde eram vinculados aos níveis federal e estadual. Sua implementação, no entanto, vem enfrentando os desafios existentes no setor saúde, com propostas elaboradas a partir da década de 90. A Secretaria Municipal de Saúde promoveu, por exemplo, a I Conferência Municipal de Saúde, em setembro de 1991, que aprovou uma proposta²¹ de lei para a formação do Conselho Municipal de Saúde - CMS, como recomenda a legislação específica. Esta proposta surgiu a partir de encontros realizados pelo Fórum Popular de Saúde²², entidade da sociedade civil organizada, que congregava usuários e trabalhadores do setor saúde. O CMS aprovou em 1993 o Plano Municipal de Saúde, que se constituía numa revisão da versão elaborada em 1989, centrado em parâmetros epidemiológicos, reafirmando os princípios do SUS. Sequenciando a trajetória, acontece em Juiz de Fora, em outubro de 1994, o I Encontro de Secretários de Saúde da Região Sudeste, concomitante à Feira de Equipamentos, Serviços e Idéias

21 A esse respeito ver páginas 79-80.

22 O FÓRUM POPULAR DE SAÚDE surgiu antes da municipalização e foi desativado logo após a I Conferência Municipal de Saúde.

para as Secretarias de Saúde - FENASUS, que, objetivando a consolidação do SUS na região, discutiu temas ligados ao controle social, recursos humanos, gerência, entre outros (RIBEIRO & OLIVEIRA, 1995).

Segundo o documento “Tese da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora”, em 1995, início desta pesquisa, o Município contava com dois modelos assistenciais distintos, que coexistem naquela realidade até hoje. O primeiro, ainda em construção, é um modelo de base territorial, em que a ênfase é dada à prevenção, com um sistema de vigilância à saúde e o incremento de ações básicas de saúde. A territorialização, tendo como base as trinta e três unidades básicas de saúde da zona urbana, a integralidade da atenção à saúde e o impacto epidemiológico, reorientou o planejamento, que, sob a responsabilidade de um grupo de técnicos denominado GIM²³ - Grupo de Inversão de Modelo Assistencial da SMS/JF, estudou estratégias para a implantação do “novo modelo assistencial”. O outro modelo é o dominante. Centrado na atenção médico-curativa, é hospitalocêntrico e atende à livre demanda, sendo pouco resolutivo no que tange à morbidade e mortalidade (BRASIL, TESE SMS-JF, 1995).

A rede básica de serviços, na época, era considerada pouco resolutiva pela insuficiência e má distribuição dos recursos humanos; tecnologia não aderente ao nível local; sucateamento; distanciamento entre nível local e central; precariedade do sistema de referência e contra-referência; limitação do sistema de informação; fragmentação do Setor Vigilância Sanitária; avaliação e controle baseados na produtividade, o que levava a uma busca de consultas especializadas pela população, perfazendo mais de 70% do total de consultas realizadas pelo SUS (BRASIL, TESE SMS-JF, 1995).

Diante desta situação, a Secretaria Municipal (gestão 1993-1996) veio implementando mudanças para dar concretude ao modelo de base territorial, acreditando na possibilidade de um sistema público de melhor qualidade e resolutividade. Nesse sentido, delimitou o seu território²⁴, promoveu treinamento de recursos humanos, padronizou medicamentos para o SUS, reestruturou o serviço de epidemiologia, visando a fornecer informações rápidas para auxiliar o nível local no planejamento e programação

23 O GIM - Grupo de Inversão de Modelo Assistencial objetivava a integração entre o nível central e o básico. Foi criado pela SMS, integrando representantes de seus departamentos e setores. Segundo RIBEIRO & OLIVEIRA (1995), teve atuação limitada desarticulando-se logo após a II Conferência Municipal de Saúde.

24 Segundo UNGLERT (1994, p. 223), territórios são espaços dinâmicos que incorporam a idéia de reconstrução permanente.

de atividades, traçou uma política de atenção à Saúde Mental, adotou as políticas referentes à atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do trabalhador e à saúde bucal. Vem implantando o Programa de Saúde da Família – PSF, como uma tentativa de romper com a atenção centrada na enfermidade e garantir a atenção integral à saúde, tendo como base de ação o núcleo familiar (será visto mais adiante), que se uniu a outros programas e projetos como o “Sistema de Vigilância Nutricional - SISVAN”, “Saúde em Campo”, “Projeto Catarata”, “Cultive uma Nova Vida em Juiz de Fora”, “Programa Sabiá – Saúde Bucal para a Infância e Adolescência”, todos visando a alterar a qualidade de vida da população. Essa construção é reforçada pelo fato de o Município ter passado a expedir, em abril de 1995, o “Alvará para Funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde”, assumindo a Vigilância Sanitária, que até então era de responsabilidade do Estado.

Na tentativa de concretizar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social e os avanços garantidos na legislação específica, Juiz de Fora cumpriu todos os pré-requisitos legais necessários e reivindicou a condição de gestão semi-plena, na II Conferência Municipal de Saúde, realizada em março de 1995. A Conferência discutiu os “Desafios da gestão semi-plena”, com os sub-temas: “Participação Popular e o Papel dos Conselhos”; “Gerência de Serviços de Saúde”; “Modelos Assistenciais no SUS”; “Financiamento”; “Relação Público/Privado”; e “Administração Pública e o Papel do Estado” (BRASIL, SMS, 1995). Em julho de 1995, Juiz de Fora conseguiu a habilitação à condição de sistema de gestão semi-plena, representando um passo à frente no complexo processo da municipalização e, conseqüentemente, na tentativa de inversão do modelo. A condição de sistema de gestão semi-plena significa que *“a S.M.S. assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto as unidades hospitalares de referência, sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território; recebe mensalmente o*

total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos” (NORMA OPERACIONAL BÁSICA-SUS 01/93, p. 65-67).

A rede de serviços de saúde em Juiz de Fora é referência para 126 municípios da Zona da Mata, com uma população estimada de 1.800.000 habitantes²⁵, o que acarreta uma sobrecarga para os serviços instalados, problema dos chamados municípios-sede, ou referência em todo o Brasil, quando possuem uma rede que funciona. Problema este que não pode ser resolvido apenas com a municipalização. A rede está hierarquizada e regionalizada em doze regiões sanitárias (vide Figura 3), de forma a oferecer serviços em diferentes níveis de complexidade (básicos, secundários e terciários), equipados com tecnologia e recursos que visam a conferir resolutividade ao seu nível de assistência. Os serviços estão situados, pelo menos em parte, em regiões estratégicas, levando-se em consideração a malha viária do município.



Figura 2 - Regiões Sanitárias de Juiz de Fora
Fonte: Secretaria Municipal de Juiz de Fora - PMJF, 1992

²⁵ Esse quantitativo aumenta para 2.500.000 habitantes se considerarmos o atendimento estendido às outras cidades que não pertencem à Zona da Mata e às cidades de outros Estados, como o município de Três Rios situado no estado do Rio de Janeiro, segundo o Anuário Estatístico de Juiz de Fora 1995, elaborado pelo Centro de Pesquisas Sociais da UFJF.

Até a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS, em 1983, o setor privado crescia em serviços e especializações, o que se reflete ainda hoje na rede, onde as ações de maior complexidade são prestadas quase que exclusivamente pelos serviços privados conveniados, ficando o Município com poucas referências públicas para o atendimento em atenção terciária. Em Juiz de Fora há vinte e um estabelecimentos hospitalares, sendo oito de médio porte: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, COTREL, Hospital Oncológico, Ascômcer, Hospital Dr. João Felício, Hospital e Maternidade Bom Pastor, Casa de Saúde e Maternidade JF HTO – Centrocór, Maternidade Terezinha de Jesus, um Hospital Universitário - Hospital Escola da Universidade Federal de Juiz de Fora, um Hospital Estadual - Hospital Regional Dr. João Penido - FHEMIG, um Pronto Socorro Municipal, uma Policlínica Central, duas unidades regionais de saúde cobrindo a região Leste outra a norte (Benfica), além de muitas clínicas ambulatoriais da rede privada.

Em todo o País, o número de leitos sofreu, nos últimos anos, uma diminuição na oferta para o SUS, em decorrência da baixa remuneração da tabela fixada pelo Ministério da Saúde para os pagamentos dos serviços prestados pela rede conveniada. Este fato vem dificultando a gestão de todo o sistema, sendo atualmente difícil encontrar um leito disponível para o SUS/JF. O SUS no município ainda não possui mecanismos sólidos que permitam traçar metas ou planejar segundo necessidades reais da população.

Quanto ao número de leitos hospitalares, o parâmetro de necessidade determinado pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – SES-MG é de 2,5 leitos/hab. Juiz de Fora, como cidade de referência regional, atende, segundo o Anuário Estatístico - 1994, a uma população de 1.800.000 hab., tendo uma oferta de 3.002 leitos, dos quais 2.778 são contratados. Ainda que contratados, a maioria dos leitos hospitalares pertence ao setor privado, o que, segundo os gestores locais, dificulta o processo de controle e avaliação dos mesmos. Como pode ser observado no demonstrativo da situação de leitos hospitalares em Juiz de Fora existe uma predominância na área de psiquiatria (1.064), correspondendo a um terço do total de leitos disponíveis, o que significa ainda uma grande distorção no sistema, tendo em vista as reformas asilares, promovidas pela política de saúde mental no Brasil. Outro fato que merece destaque é o pequeno número de leitos obstétricos (118).

Como ilustração foram colocados abaixo os parâmetros do Ministério da Saúde para o SUS, fazendo-se a comparação entre as necessidades e a produção de Juiz de Fora, até junho de 1997.

**PARÂMETROS DO MS PARA O SUS -
QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS DADOS,
A NECESSIDADE E A PRODUÇÃO DO SUS – JUIZ DE FORA**

<u>PARÂMETROS</u>	<u>NECESSIDADE</u>	<u>PRODUÇÃO/1997</u>	<u>JUN. 1997</u>
Internações	8% da pop.	34.400/ano	9.731.027
Necessidade Leito	2,5 leitos/hab.	1.075	1.713
Cons. Med. Bas.	70% das cons. med. totais.	70.233/mês	30.000 mês
Cons. Med. Esp.	15% das cons. med. totais	15.049/mês	90.000 mês
Atend. de Urg.	15% das cons. med. totais	15.049/mês	
Cons. Med Neces.	26 a 28 cons. med. hab. ano	10333/ mês	120.000

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - nov. 1997.

A proposta original de organização da rede física de saúde do Município (gestão 1993 - 1996) está representada no fluxograma a seguir:

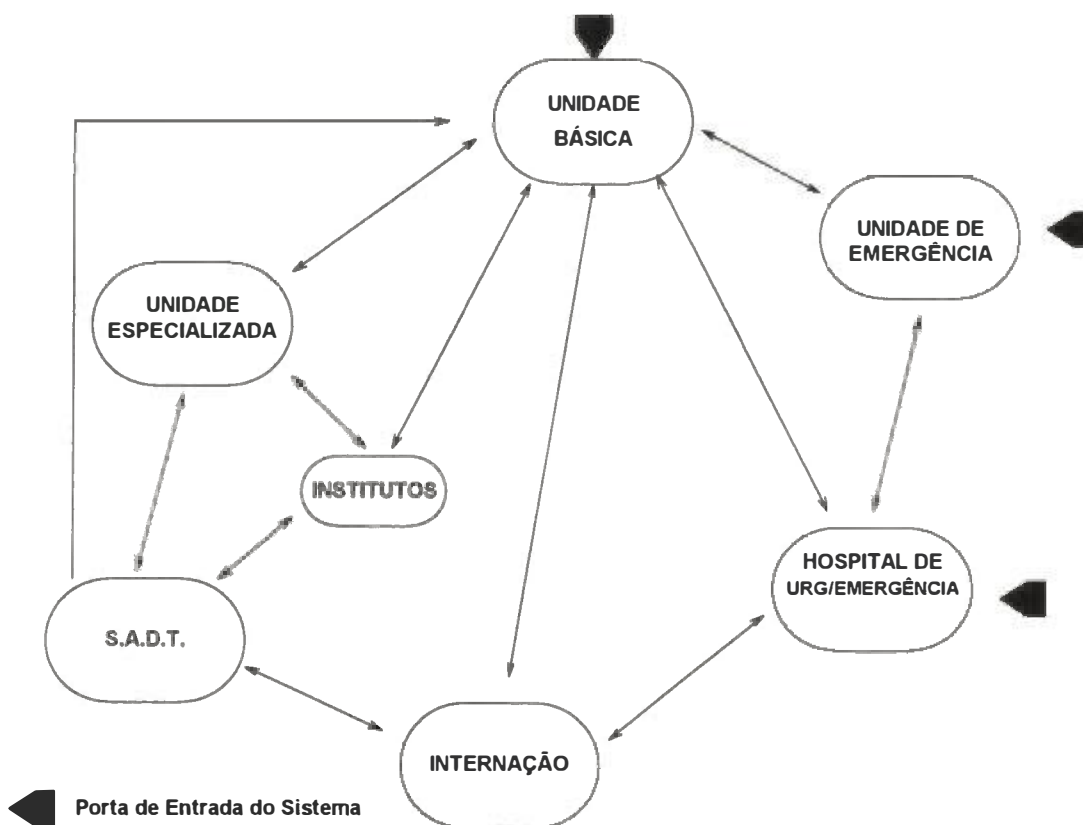


Figura 3 - Fluxograma de Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
Fonte: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora/Secretaria Municipal de Saúde - 1995

DEMONSTRATIVO DA SITUAÇÃO
DOS LEITOS HOSPITALARES DE JUIZ DE FORA*

HOSPITAL	CIRURGIA		OBSTETRICIA		CLÍNICA MÉDICA		FPT/GRÔNICO		REABILITAÇÃO		PSIQUIATRIA		TISIOLOGIA		PEDIATRIA		UTI		TOTAL (SEM UTI)			
	C*	E*	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E		
ASCOMGER	0	0	0	0	36	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	40
BOM PASTOR	60	60	20	20	62	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	6	6	6	145	145	
H.T.O.	27	39	20	24	27	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	7	7	7	77	93		
CENTROCOR	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	35	35		
CETI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	34	0	0	34	34		
COTREL	53	56	0	0	111	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	10	10	10	162	170		
M.T. DE JESUS	1	1	39	39	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	42	42		
JOAO FELÍCIO	49	49	0	0	53	2	2	0	0	0	1	1	0	0	1	8	8	8	106	106		
JOAO PENIDO	15	15	7	7	50	10	10	0	0	0	15	15	50	50	15	4	4	4	162	162		
ONCOLOGICO	15	15	0	0	100	2	2	0	0	0	1	1	0	0	1	6	6	6	119	150		
SANTA CASA	102	191	32	32	79	159	0	0	0	0	0	0	0	0	79	79	37	37	292	461		
H.U./UFJF	60	60	0	0	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	30	5	5	158	158		
ANA NERY	0	0	0	0	0	315	315	28	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	343	343		
SUB-TOTAL	382	486	118	122	617	336	336	28	28	28	20	20	50	50	164	164	87	87	1715	1939		
ARAGÃO	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	220	220	0	0	0	0	0	0	227	227		
ESPERANÇA	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	240	240	0	0	0	0	0	0	245	245		
S. DOMINGOS (M)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	187	187	0	0	0	0	0	0	187	187		
S. DOMINGOS (F)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	119	119	0	0	0	0	0	0	119	119		
S. MARCOS	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	164	164	0	0	0	0	0	0	168	168		
PINHO MASINI	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	114	114	0	0	0	0	0	0	117	117		
SUB-TOTAL	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	1044	1044	0	0	0	0	0	0	1063	1063		
TOTAL	382	486	118	122	636	336	336	28	28	28	1064	1064	50	50	164	164	87	87	2778	3002		
A. SABIN																			8	0	22	
M. SINAI																			10	0	50	

*C = Contratado

*E - Existente

* Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Demonstrativo da Situação dos Leitos Hospitalares de Juiz de Fora-1995. DEPARTAMENTO DE PROGRAMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA. MAPA DE LEITOS HOSPITALARES.

Em 1997 a rede encontrava-se funcionando da seguinte forma: a Unidade Especializada e a Unidade de Emergência constituindo-se em uma única Unidade, denominada de Unidade Regional. Das cinco previstas estavam em funcionamento 3 (três): a Policlínica Central, localizada perto do centro comercial da cidade; a Policlínica de Benfica ou Policlínica Regional Norte, na zona norte da cidade; e, na região leste, a Unidade Regional Leste de Saúde; todas servindo como porta de entrada para o sistema, com atendimento nas 24 horas. Elas são consideradas também centros de referência, dando suporte às unidades básicas, captando a demanda espontânea e a referida pela unidades, facilitando, conseqüentemente, a execução do trabalho de atenção programada de nível secundário.

Existe ainda uma unidade volante para o atendimento na zona rural denominada Unidade Móvel - Zona Rural.

As 33 (trinta e três) unidades básicas contam com as três clínicas básicas de atendimento: pediatria, ginecologia e clínica médica.

O setor de urgências tem como principal unidade o Pronto Socorro Municipal, que atende a casos de clinica médica, cirúrgica, pediátrica e traumatológica, com leitos e equipamentos especiais, além de 8 ambulâncias do Sistema Resgate em plantão permanente. Funciona com serviços de sala de gesso, raios X, injeção, curativos, vacinação, coleta de material para exames laboratoriais, terapia de reidratação oral.

O atendimento especializado é feito através de unidades especializadas denominadas Institutos. Estão em funcionamento 6 (seis): o Instituto de Saúde Mental, o Instituto de Saúde da Criança e do Adolescente, o Instituto de Saúde da Mulher, o Instituto de Saúde do Trabalhador, o Instituto de Saúde Bucal e o Instituto das Clínicas Especializadas.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - S.A.D.T. - é o serviço especializado para apoiar ações diagnosticas e de tratamento, onde a rede privada é responsável por maior parte do atendimento.

Como mostra o fluxograma, foi prevista a construção de um hospital municipal de urgência e emergência, que não se concretizou.

A Territorialização e a Gerência das Unidades

Territorialização, integralidade da atenção à saúde e impacto epidemiológico reorientaram o planejamento, que foi elaborado por um grupo de técnicos denominado GIM - Grupo de Inversão de Modelo Assistencial, da SMS/JF, que buscou estratégias para a implantação do modelo preconizado pelo SUS, ou seja, o modelo epidemiológico (JUIZ DE FORA, Tese da Secretaria Municipal de Saúde, 1995).

O Plano Municipal de Saúde, depois de ter sido amplamente discutido ao nível local pelos conselhos locais e regionais de saúde, foi aprovado pelo CMS em 1993, reafirmando os princípios de organização do SUS. Consiste numa revisão sumária do Plano Municipal de Saúde elaborado em 1989, que estabeleceu as diretrizes gerais para a organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde, sinalizando para a implantação dos Distritos Sanitários - DS.

Elaborada por um grupo de técnicos, seguiu-se a apresentação de uma proposta que dividia o município em oito DS, em substituição às 12 regiões sanitárias existentes, dando as coordenadas para a criação de gerências locais. A proposta estabelecia critérios para se evitar a divisão meramente geográfica e a gerência como simples instrumento de racionalização das atividades. Nesse sentido a função de gerência estava relacionada à concepção de distrito sanitário²⁶. Apesar de o CMS ter emitido parecer favorável à proposta e, no final de 93, o processo de definição dos oito distritos ter-se iniciado, esta nunca se consolidou. As 12 regiões sanitárias continuam sendo referência para qualquer planejamento na área de saúde, sendo consideradas em alguns casos como distritos sanitários.

A reorganização dos serviços locais de saúde no Município contou ainda com uma oficina de trabalho sobre territorialização em saúde, realizada no período de 16 a 20 de maio de 1994, com participação de diversos profissionais (incluindo enfermeiros) de diferentes unidades, além de profissionais do setor de Planejamento e da Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS/JF, estagiários do Curso de Geografia da UFJF e a consultora da Organização Panamericana de Saúde - OPAS²⁷. Essa oficina foi posteriormente reproduzida nas diversas unidades, por uma equipe, irradiando o processo através da metodologia específica, cobrindo todo o município. Foram assim

²⁶ Ver na página 2 a concepção de distrito sanitário.

²⁷ Carmem Unglert.

definidas as áreas de abrangência a partir das unidades de saúde, baseadas geograficamente nos setores censitários e nas unidades territoriais delimitadas pelo IBGE. A definição destas se baseou ainda em critérios tais como: acessibilidade, barreiras geográficas e fluxo da população. Sendo fundamental a definição de uma área de abrangência, para o planejamento das ações de saúde, a territorialização foi realizada gradativamente, a partir das unidades de saúde, com a participação não só dos profissionais mas também com os representantes dos Conselhos Locais de Saúde, levando-se em consideração a dinamicidade e continuidade de todo o processo na área de responsabilidade da unidade.

Como se verificou, a zona urbana de Juiz de Fora está dividida em 12 regiões sanitárias (fig.3) e 33 territórios de saúde, demarcados a partir das 33 unidades básicas de saúde e suas respectivas áreas de abrangência (fig.4), que são: Centro de Saúde São Judas Tadeu, Centro de Saúde Bairro Industrial, Centro de Saúde Santo Antônio, Centro de Saúde São Benedito, Centro de Saúde Marumbi, Centro de Saúde Jóquei Clube I, Centro de Saúde Jóquei Clube II, Centro de Saúde Jardim Natal, Centro de Saúde Progresso, Centro Social Urbano, Centro de Saúde Santa Rita, Centro de Saúde Esplanada, Centro de Saúde Furtado de Menezes, Centro de Saúde Santa Cecília, Centro de Saúde Dom Bosco, Centro de Saúde Santos Dumont, Centro de Saúde Parque Guarani, Centro de Saúde Retiro, Centro de Saúde Jardim Esperança, Centro de Saúde Alto do Grajaú, Centro de Saúde Grama, Centro de Saúde Bomba de Fogo, Centro de Saúde Linhares, Centro de Saúde Borboleta, Centro de Saúde Milho Branco, Centro de Saúde São Pedro, Centro de Saúde Santa Efigênia, Centro de Saúde Ipiranga, Centro de Saúde Barreira do Triunfo, Centro de Saúde Santa Cruz, Centro de Saúde Nossa Senhora das Graças, Centro de Saúde São Sebastião, Centro de Saúde Jardim da Lua. Estima-se que essas unidades apresentem um potencial de cobertura bom, chegando a quase 100 % da população, que varia para cada unidade, oscilando entre 3.000 a 15.000 hab., o que representa uma grande diferença na prestação dos serviços. Mas, para avaliar a satisfação da população com relação à distribuição geográfica urbana das unidades básicas seria necessário realizar um outro estudo específico.

A Zona Rural possui 3 distritos (fig. 4): Torreões, Sarandira, Rosário de Minas e um conjunto de povoados, a saber: Toledos, Monte Verde, Pirapetinga, Caeté, Penido,

Paula Lima, Chapéu Duvas, Dias Tavares, Humaitá, Igrejinha, Valadares. Em todas essas localidades a SMS mantém um posto de saúde, e eles atendem no total, segundo o Censo Demográfico de 1991, a uma população de 6.012 hab. Os serviços oferecidos pela Unidade Volante, que percorre a zona rural sistematicamente, constam de atendimento médico periódico nas três clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia) e ações básicas de enfermagem. Assim, as ações básicas de saúde são desenvolvidas na rede urbana a partir dessa 33 (trinta e três) unidades municipais de saúde²⁸, além do Pronto Socorro Municipal e, na zona rural, pelos 14 (quatorze) postos municipais de saúde.



Figura 4 - Localização dos Centros Municipais de Saúde de Juiz de Fora - Zona Urbana
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

²⁸Consideramos nesse estudo unidade básica de saúde como o estabelecimento que conta com assistência médica e pequena incorporação tecnológica, tendo como recursos humanos profissionais de nível universitário e pessoal de nível elementar ou médio, prestando assistência primária e secundária ao nível ambulatorial; e, posto de saúde, estabelecimento que atua no nível da atenção primária, possuindo pessoal de nível elementar ou médio, valendo-se de procedimentos mais simplificados, sem a incorporação de equipamentos, como define ELIAS (1996, p.74).

Os postos de saúde contam apenas com auxiliares de enfermagem, enquanto recursos humanos fixos, mais um médico clínico uma vez por semana e um ginecologista uma ou duas vezes por mês. Existe ainda uma equipe volante (clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, odontólogo, técnico de higiene dental), que circula em um ônibus, denominado “Saúde em Campo”, para o atendimento em localidades sem postos de saúde.

Quanto ao tema gerenciamento, objeto de muitas discussões, a II Conferência Municipal de Saúde (1995) referendou a proposta apresentada por um grupo de técnicos da SMS, com sugestões de pequenas modificações. As grandes dificuldades inseridas nas discussões sobre gerência foram: atribuições do gerente, sobrecarga da realização das atividades de gerência concomitante à realização das atividades profissionais, e gratificação pela função. Somente no final de 1996 a maioria das unidades passou a ter um gerente, que acumulava a sua função técnica com a de gerente, questão que a proposta não esclarece. A escolha do gerente se deu somente em algumas unidades. Segundo a deliberação da Conferência, a eleição dos gerentes deveria ser feita pelos integrantes dos conselhos e membros das equipes das unidades, através do voto direto, exigindo-se a escolaridade mínima de 2º grau, carga horária de oito horas/dia, vínculo com o SUS e inexistência de cargo de chefia ou de confiança em empresas de saúde e nem ser proprietário das mesmas. O candidato a gerente foi submetido a um concurso interno, seguido de um curso de capacitação. O processo, no entanto, não se deu de maneira uniforme, e apenas 17 profissionais realizaram o curso, representando pouco mais de 50% do total das unidades (33). Hoje (1997), apenas 25 (vinte e cinco) gerentes são nomeados. Desses, 12 (doze) gerentes são enfermeiros, 2 (dois) auxiliares de enfermagem, 5 (cinco) são médicos e 6 (seis) assistentes sociais. Na maioria das outras unidades onde o processo não se deu, o enfermeiro se manteve como gerente informal. A função de gerente é reconhecida financeiramente com uma gratificação de 50 horas extras referentes ao salário do profissional, justificada pela especificidade das atividades. Não existia ainda um consenso sobre as atribuições do gerente, durante a realização da pesquisa como mostram os depoimentos a seguir:

“Eu percebo que, pelo que eu pude conversar com a [enfermeira] que vai ser a gerente nossa local, cabe ao gerente uma série de preenchimento de fichas, de

relatórios, muito burocrático... vai ser muito em termos assim, de solicitar alguma coisa e preencher documentos para a secretaria... eu tinha uma outra expectativa. Eu acho que a gerência não é isso. Gerência é questão até da própria equipe, estar capacitada para poder gerenciar mesmo, harmonizar, ver questões de relacionamento de equipe, até contribuir mais para que a gente possa trabalhar, ter condições de trabalhar melhor mesmo. Eu acho que o gerente tem que estar capacitado para isso... Agora, me parece que a Secretaria não está pensando no gerente nesse nível não".

ASSIST. SOCIAL 3.1.

"Mas na organização interna vai ficar cada um com a sua área, até porque o gerente não ia ter tempo para fazer tudo. Ele tem que coordenar e capturar os dados e passar para uma estância superior. Tem muita gente que pensa: se vai ter gerente, isso eu não faço mais, entendeu? MED.3.2.

"...agora eu imagino assim, eu vou estar sendo gerente todo o tempo, porque se aparecer alguma coisa para resolver, sabe? Tem que marcar uma reunião, tem que entrar em contato com o conselho, isso até a {assistente social} pode fazer, qualquer um pode fazer, a coisa vai ser assim: '... não, isso é papel da [enfermeira], do gerente!', é ... apareceu algum usuário insatisfeito com o atendimento, eu sei que vão me chamar e eu vou estar fazendo enfermagem, mas vou ter que parar, vai ser uma coisa que eu vou ter que ser as 2 coisas juntas, eu vou ter que ser enfermeira e gerente, não vai ter como separar. Agora eu vou ser de tarde gerente, de manhã [enfermeira] [...] Não vai ter como." ENF. 3.1.

Vale a pena reforçar que, segundo as normas estabelecidas pela SMS, os auxiliares podem assumir também a gerência das unidades, o que poderá gerar conflitos entre os profissionais da equipe, principalmente entre os da equipe de enfermagem, já que desta forma haverá uma inversão de hierarquia: profissionais menos qualificados, submetidos a curto período de treinamento, poderão definir finalidades e forma de execução da ação coletiva. Sem querer desmerecer esses profissionais, é de se esperarem resultados não satisfatórios, tendo em vista a subordinação formal para os profissionais de nível superior, formados a partir da complexidade dos problemas de saúde. O depoimento da médica reafirma esta condição:

“Eu acho que talvez tenha um problema hierarquicamente falando, do gerente, que ele tenha uma dificuldade de ser um técnico de enfermagem, que é aquela postura que normalmente o técnico tem em relação ao enfermeiro e em relação ao médico. Dentro da hierarquia do Posto de Saúde, o enfermeiro está coordenando o serviço do técnico. Então, no momento de gerência ele vai conseguir mudar isso?” MED. 3.2.

Acredita-se que, quando a gerência foi pensada para profissionais com segundo grau completo, o cargo foi visto como instrumento de controle da funcionalidade interna da unidade e não como um instrumento de trabalho que exige do profissional conhecimento, reflexão e tomada de decisão. Assim é que o curso de preparação para a gerência, ministrado pela SMS, deu ênfase ao controle burocrático da produtividade interna das UBS, como mostra o depoimento da enfermeira: *“...Todo o mundo estava indignado, louco, né?, de tanto ver papel. Tinha gente lá que nunca tinha feito, nunca pegou para fazer [preenchimento de boletim mensal de produtividade]... Então ficou louco. Aquela coisa, ‘Será que o nosso papel vai ser só esse?’ Só que eu sei que não é, mas tem gente que quer a coisa, tipo assim: o gerente vai fazer isso, é responsável por isso e isso [preencher papel]. Eu não desesperei tanto porque eu sei que não vai ser assim, sabe? Eu sei que não vai ser.”* ENF. 3.1.

Segundo ALMEIDA e al. (1994, p. 284), a atividade gerência articula as dimensões técnica, política e comunicativa, além do componente de construção de cidadania, que entendemos como limites para a realização do trabalho pelo auxiliar de enfermagem. O administrador sanitário, denominação utilizada por CAMPOS (1889, p. 29), ao se referir ao profissional capaz de gerenciar, planejar e organizar os serviços de saúde de uma determinada área, precisa dominar determinados conteúdos para conseguir uma programação/organização capaz de aumentar o grau de resolutividade dos problemas de saúde da população. A depender de alguns profissionais, o gerente ainda precisa possuir qualidades pessoais para exercer satisfatoriamente suas atividades:

“Primeiro, tem que ser uma pessoa organizada. Tem que ser diplomática, mas firme. Então o gerente tem que ter uma postura, até em comum acordo com a equipe, mas uma vez que, determinada certa forma, ela tem que ser seguida por todo mundo. Eu acho que a discussão das normas todo mundo tem que participar, mas uma vez definida, ele tem que [fazer] cumprir. Então ele tem que ter pulso... Acho que é uma

figura importante, porque tem muita coisa na Unidade que um empurra para o outro e ninguém acaba fazendo. Acho que para poder cobrar tem que ter uma pessoa responsável, e acho que ele tem que ganhar para isso, até para que ele possa se estimular.” MED. 3.1.

A Unidades Básicas de Saúde – UBSs

No início deste estudo, verificou-se que as informações disponíveis na Secretaria de Saúde sobre as unidades básicas não eram suficientes para a escolha daquelas que melhor respondessem às necessidades do seu objeto. Sendo assim, partiu-se para um estudo preliminar com o objetivo de se conhecer situação real das mesmas. No sentido de caracterizá-las, foi preenchido um formulário (Anexo 9) sobre todas em funcionamento, contendo informações sobre o perfil da oferta (capacidade instalada, composição da equipe de saúde, programas e atividades desenvolvidas), perfil da demanda (área de abrangência, demanda reprimida, grupo prioritário de atendimento), bem como sobre a participação da comunidade em ações a elas relacionadas.

Basicamente os serviços das UBSs constam de: clínica médica, pediatria e ginecologia, imunizações, curativos, nebulizações. Entretanto, os serviços não possuem princípios gerais para funcionamento de forma homogênea, nem normas administrativas; não desenvolvem da mesma forma os programas comuns; não existe padronização de atividades para as equipes; e não existe supervisão para controle ou articulação da rede.

A administração financeira, de pessoal e de material é feita em setores do nível central da SMS.

Dada a extensão da rede, é de se esperar que sua clientela seja heterogênea, o que justificaria programações específicas, de natureza diversificada. Por outro lado, isto não justifica a ausência de uma programação básica comum, que contemple atividades essenciais à resolutividade de unidades. Não justifica ainda a ausência de parâmetros comuns de administração, supervisão e avaliação das mesmas unidades, já que estas devem pretender impactos e resultados nas condições de saúde da população da sua área de abrangência.

Historicamente, as unidades são conhecidas como Centros de Saúde, denominação que foi introduzida a partir do surgimento do primeiro Centro Comunitário – CC na cidade, em 1976, construído pelos moradores do bairro de São

Pedro, com recursos da Alemanha Ocidental e recursos doados por Clubes de Serviços (exemplos: Rotary Clube do Brasil, Lions Clube, etc). Nesse local o trabalho em saúde teve início com um grupo de estudantes de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, supervisionados por seus professores. A participação da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora aconteceu dois anos mais tarde (1978), com a assinatura de um convênio de intenções, para a manutenção, no local, de dois médicos e um dentista. Em 1979, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS também firmou convênio com o CC para a realização de exames laboratoriais e fornecimento de medicamentos da Central de Medicamentos - CEME. Em 1980 a UFJF coloca no CC alunos da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo, alunos do Curso de Enfermagem, para a realização de estágios curriculares. No mesmo ano a medicina expande seu campo de atuação para mais três Centros Comunitários, construídos a partir da experiência de São Pedro, contando com a participação e o apoio de mais uma instituição: o Centro Regional de Saúde. Em 1981, foi criado o Programa de Ação comunitária Integrada - PACI, coordenado pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, patrocinado pela Fundação Kellogg's, que tinha como objetivo a assistência primária prestada por profissionais da Prefeitura Municipal e por estagiários e professores da referida instituição. O programa, voltado inicialmente para a saúde, assumiu um caráter abrangente, considerando as necessidades multidimensionais dos acadêmicos de todas as áreas profissionais da UFJF. O PACI funcionou em seis Centros Comunitários: Linhares, Furtado de Menezes, São Pedro, Ipiranga, Grama e São Benedito, como um Programa interinstitucional, objetivando a prevenção, controle e combate de doenças, e a promoção paralela do desenvolvimento sanitário, social e educacional das populações residentes à suas áreas circunvizinhas aos Centros Comunitários.

Um ano após, em 1982, o Projeto BIRD – Cidade de Porte Médio – CPM e o Banco Mundial financiaram a construção de dezoito unidades de saúde na periferia do município de Juiz de Fora, padronizadas em termos de estrutura física e atendimento. A expansão de cobertura da atenção primária era o objetivo do Projeto, conforme diretrizes básicas do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS. Esse Projeto foi o grande responsável pela expansão do número de unidades da Secretaria do

Bem-Estar Social – SEMBES (hoje Secretaria Municipal de Saúde-SMS). A intenção com a construção dos então Centros Comunitários era “*compatibilizar os interesses das instituições prestadoras de serviço, que no transcorrer do processo também, necessariamente, se modificarão com os interesses da comunidade*” (SEMBES/ CRS, 1982, p. 2). As equipes dessas unidades eram compostas por um dentista, um assistente social, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais. O trabalho desenvolvido nessas unidades estava centrado em ações sociais, ações de educação para a saúde, assistência de enfermagem e assistência odontológica.

A partir das AIS, em 1983, o número de unidades foi crescendo gradativamente, de acordo com as decisões políticas, que fechavam ou abriam unidades em locais diferenciados, segundo seus interesses, com o discurso oficial da organização dos serviços através da descentralização, regionalização e hierarquização das atividades, não sendo avaliadas de fato as necessidades específicas da população das diferentes regiões. Os antigos Centros Comunitários passam a ser referidos também como Centros de Saúde, nomenclatura das AIS. A implantação das AIS, no entanto, determinou teoricamente uma outra lógica de atendimento, a da atenção integral à saúde da população, com o aumento da resolutividade.

Com o SUS, os centros de saúde passaram a ser chamados de Unidades Básicas de Saúde - UBSs. Atualmente, algumas unidades estão sendo denominadas de unidade de saúde da família, por pertencerem ao Serviço de Saúde da Família.

A pesquisa permitiu verificar que as unidades possuem perfis operacionais diferenciados e estão situadas em áreas geográficas distintas, não existindo uma articulação clara entre elas, os hospitais e os outros serviços. Até praticamente o final do período de coleta de dados, as unidades não possuíam oficialmente gerentes, nem ao menos um diretor administrativo. O trabalho administrativo das unidades, sem nenhum reconhecimento, recaía, na maioria deles, com foi visto, sobre as enfermeiras.

De modo geral, as UBS são pequenas, embora existam grandes variações quanto ao número de consultórios médicos (1, 2, 3, 4, 5 ou 8). Na sua maioria, a enfermagem e os outros profissionais da equipe, que não os médicos, não possuem sala própria. Os medicamentos também ficam mal acondicionados, sendo que em algumas unidades estão dispostos em locais que servem de passagem para o usuário. Os consultórios dentários

possuem equipamentos obsoletos, sendo freqüente a ausência do dentista, por falta de reparos nos mesmos. As salas de espera, recepção e reuniões, normalmente funcionam em conjunto, e são muito pequenas se levarmos em consideração as atividades nelas realizadas. Em várias unidades, a sala de imunizações serve também como sala de injeções e nebulizações, o que dificulta o atendimento, além de contrariar as regras básicas de funcionamento de uma sala de imunizações. Não possuem serviços especializados, como ultra-sonografia, raio-X, laboratório, etc. Oferecem coleta de material para exames de sangue, fezes e urina que não necessitam de cuidados especiais. O material proveniente da coleta é acondicionado e transportado até o Laboratório Central da SMS por funcionários da Empresa de Correios e Telégrafos. A grande maioria das UBS, no início do trabalho de campo (1995), estava em estado precário, no tocante às instalações físicas e, conseqüentemente, à comodidade do usuários e equipe. No final de 1995, a Prefeitura Municipal começou processo de intervenção nas mesmas, com reformas (10.860 m²) e/ou ampliação (2.842 m²) na área urbana e rural, investindo um total de R\$ 2.482.170,51 (JUIZ DE FORA, Informativo Especial da SMS, 1996).

As equipes das UBSs são compostas por assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos, dentistas e serventes. Algumas não possuem dentista e ou assistentes sociais. A carga horária dos profissionais varia, sendo que os médicos e o dentista trabalham 20 horas semanais, nos diversos turnos de atendimento (7-11, 13-17, 17-2) e os enfermeiros, auxiliares e assistentes sociais, 40 horas. Existe ainda a permanência de estagiários da Universidade Federal de Juiz de Fora, dos Cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Direito, que atuam sem qualquer normatização.

Todas as unidades possuem um arquivo de pastas-família, organizado em ordem alfabética pelo nome da mulher que é considerada "a chefe da família". Fato que se justifica, tendo em vista que, nos casos de separação, é a mulher quem fica com a guarda dos filhos. Cada pasta recebe um número e serve para armazenar as fichas individuais dos membros da família, facilitando a concentração das informações. As fichas individuais são utilizadas para o registro de todos os atendimentos prestados pelos diferentes profissionais ao usuário.

Os Programas

Apesar de a Secretaria ter adotado o Programa de Hipertensão Arterial, o Serviço de Atenção ao Desnutrido – SAD (vinculado ao Programa de Atendimento aos Desnutridos), o Programa Pré-Natal (vinculado ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e o Serviço Especial de Puericultura – SEP, as unidades não mantêm uma uniformidade básica no desenvolvimento das atividades assistenciais relativas a esses programas, existindo iniciativas pessoais isoladas no que se refere à aplicação e à nomenclatura dos mesmos. Os programas, ao nível local, implantados teoricamente em todas as unidades da rede básica, são baseados nos programas ministeriais, com sua atenção recortada e focalizada em clientela específicas, constituindo grupos assistenciais também específicos. Ao invés de serem adotados como uma estratégia de organização dos serviços, esses programas, via de regra, acabam sendo considerados como a finalidade mesma da assistência. Isto reforça a marca historicamente registrada dos programas sociais brasileiros: assistencialismo, verticalidade, efemeridade e descontinuidade.

Merece destaque o Serviço de Atenção ao Desnutrido - SAD ²⁹, mais conhecido em nível local como o “Programa do Desnutrido”. O SAD é orientado pela pelo Instituto da Criança e Adolescente, sob coordenação de uma nutricionista, uma socióloga e uma pediatra. As UBS enviam à Coordenação relatório mensal de atividades contendo informações sobre o estado nutricional, o peso, a estatura e a data do atendimento de cada criança cadastrada no Programa; aduzindo ainda a prestação de contas da distribuição dos alimentos (para crianças menores de dois anos são fornecidos 4 (quatro) kg de leite em pó e uma lata de óleo de soja; para os chamados de irmãos-contato, crianças entre 1 e 5 anos, dois kg de leite e uma lata de óleo). O SAD oferece, além dos alimentos, reuniões educativas, consulta médica agendada para a avaliação da desnutrição, priorizando a verificação do ganho ponderal e a mensuração antropométrica. O programa é extremamente criticado pelos profissionais. Críticas que tentamos reunir, após conversas com diferentes profissionais durante as observações realizadas como trabalho de campo. Entre essas destacam-se: insuficiência quantitativa (cota mínima) dos alimentos; caráter temporário e emergencial, não cobrindo crianças

²⁹ Nomenclatura local.

maiores de cinco anos, que são dispensadas através da alta por idade; alimentos como motivação das mães para as reuniões, sendo normalmente repartidos entre todas as crianças menores e maiores de cinco anos residentes no mesmo domicílio, diminuindo a quantidade destinada às crianças desnutridas, determinando, assim, sua longa permanência no Programa; e, dificuldade apresentada pelas crianças para ganho ponderal, gerando desconfiança nos profissionais sobre a manutenção proposital da desnutrição como “estratégia de sobrevivência” das famílias. Estratégia possível se considerarmos citações como a de GONÇALVES (1994, p. 187), que, denominando as mães de “itinerantes”, refere que elas matriculam seus filhos em diversas unidades de saúde para obterem a quantidade de leite necessária a toda a família. Além das críticas acima apontadas, as mudanças introduzidas nos Programas de Alimentação e Nutrição em nível federal pelo Ministério da Saúde significaram uma fortíssima redução de cobertura³⁰, na medida em que foram incluídas no SAD apenas as crianças com diagnóstico médico de desnutrição. Antigamente, bastava à mãe inscrever o filho na unidade para ter direito ao leite e ao alimento; agora, a família tem que “fabricar” um desnutrido para receber leite e óleo de soja. As atividades de orientação aos desnutridos contam principalmente com a enfermeira, a assistente social, e raramente com os pediatras.

Com relação ao Programa de Hipertensão, foi constatado que o mesmo vem sendo utilizado apenas como uma estratégia de controle da distribuição de medicamentos. Isto não seria negativo se não fosse a restrição generalizada da oferta de medicamentos no nível local (não apenas em Juiz de Fora, mas no Brasil como um todo). Os medicamentos distribuídos constam da lista básica da SMS. Além desses são liberados pela coordenação do Programa outros anti-hipertensivos, mediante controle rigoroso.

Finalmente, o Serviço de Saúde da Família - SSF (criado a partir do Programa de Saúde da Família - PSF, já descrito anteriormente) encontra-se em implantação apenas em algumas unidades. Esse processo de implantação não se dá de forma simultânea nem homogênea em todas elas.

30 Ver a esse respeito SOARES, 1995, no capítulo II, no item referente à avaliação dos Programas de Alimentação e Nutrição no Brasil no período pós-90.

Cabe aqui uma explanação sobre o processo de implantação do PSF em Juiz de Fora, por representar um elemento que diferencia as unidades básicas de saúde da rede onde foi inserido e, pela importância que ele assumiu na SMS como estratégia de inversão de modelo assistencial. A adesão ao Programa ocorreu em abril de 1994, com a assinatura de um convênio com o Ministério da Saúde. Recebeu no Município a denominação de Serviço de Saúde da Família e está sendo operacionalizado a partir de algumas das UBSs, denominadas de Unidades de Saúde da Família.

As equipes em Juiz de Fora possuem para o atendimento de 600 famílias (3.000 hab. aproximadamente): um médico especializado em Saúde da Família, um enfermeiro especializado em Saúde da Família e Comunidade³¹, um assistente social especializado em Saúde da Família, dois auxiliares de enfermagem treinados para o trabalho no Programa de Saúde da Família. Seguindo a recomendação ministerial, não existe dentista no trabalho com as famílias. Porém, merece referência a política de saúde bucal da SMS, que já estava sendo reformulada antes do PSF, mas que ainda não funcionava na época da coleta de dados, como mostra o depoimento a seguir:

“... Mas eu acho que eu já incorporei a idéia da mudança do dentista. Eu acho o dentista uma coisa de uma necessidade aguda, mas desde o momento que eles construíram aqui e não colocaram um espaço para um dentista e falaram que iria mudar a saúde bucal... E fizeram um projeto que aliás, eu não vejo funcionar em lugar algum” MED.32.

O Programa determina um “novo” perfil técnico, o que exigiu da SMS investimento na formação e treinamento dos profissionais. Processo que se deu atendendo às especificidades profissionais, de forma parcializada e em períodos diferenciados. No período de agosto de 1994 a dezembro de 1996 foram realizados três cursos de especialização em Medicina da Família, através de parceria entre Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF e Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ; um curso de Especialização em Enfermagem na Saúde da Família e Comunidade (parceria entre PMJF-UERJ), dois cursos de Especialização de Serviço Social Aplicado à Saúde (parceria entre PMJF-UFJF), além de dois treinamentos de auxiliares de enfermagem para o PSF. A primeira turma de médicos

31 O termo “comunidade” foi incluído para reforçar o nome do Curso realizado pelos enfermeiros, sugerindo a idéia de ampliação da atenção.

se formou antes das turmas de enfermeiros e assistentes sociais, dificultando a composição e conseqüente integração das equipes, que começaram a pretendida atuação interdisciplinar desfalcadas. Fator extremamente negativo se considerarmos questões como planejamento e programação de atividades para a intervenção na realidade local.

As equipes, em relação aos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais foram selecionadas a partir de trabalhadores da própria rede, e, em relação aos médicos, pela insuficiência numérica de profissionais com disponibilidade para a carga horária exigida para o trabalho, a seleção foi além dos limites institucionais. Existe uma distorção no programa, em relação à contratação das equipes no que diz respeito ao critério populacional. Este só foi observado para a contratação do médico, que já somavam 47 (quarenta e sete) em dezembro de 1996, todos especializados em Saúde da Família. Na mesma época, o número de enfermeiros com especialização na área era de 19 (dezenove), o de assistentes sociais 36 (trinta e seis) e o de auxiliares de enfermagem com treinamento no Programa, 30 (trinta). Nesse sentido, a SMS-JF estava criando um atendimento centrado em médicos de família (ou consulta médica através do prontuário família ?) e não em equipes de saúde da família.

Em Juiz de Fora não existe a exigência, nem o incentivo para o profissional residir na sua área de atuação, já que o sistema de transporte urbano é eficiente para o atendimento a todas as unidades, levando-se, em média, 5 a 10 min. do centro da cidade ao local onde ficam instaladas.

A estratégia de implantação foi bastante criticada pelo pessoal da própria Secretaria, desde a adaptação do PSF para o Município e a seleção das unidades para o início do processo de implantação, bem como a composição da equipe e o seu processo de formação. Um ponto polêmico foi a ausência dos profissionais nas unidades durante o longo período de treinamento e formação, interferindo na assistência prestada à população.

A prioridade para a implantação do PSF foi definida a partir da combinação de várias informações disponíveis: áreas populacionais delimitadas pelo Mapa da Fome elaborado pelo Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA; pesquisa realizada pelo Centro de Ciências Sociais da UFJF; estudo sobre a distribuição territorial da mortalidade infantil e incidência de baixo peso ao nascer, em Juiz de Fora, realizados por técnicos da Divisão

de Vigilância Epidemiológica; e mapa da área de risco para disseminação do cólera, que localizou os grupos populacionais mais expostos ao risco de adoecer e morrer; interesse do Conselho Local de Saúde e da comunidade; unidade de saúde na região; territorialização e mapeamento da área, de forma a demarcar uma população vinculada a essa unidade; e, existência de unidade regional próxima à unidade com apoio diagnóstico e terapêutico e consultas especializadas.

Em agosto de 1995 o PSF foi implantado em 8 unidades básicas da zona urbana, além de uma unidade na zona rural: Jardim da Lua, São Benedito, São Sebastião, Centro Social Urbano, Jardim Esperança, Retiro, Santo Antônio, Furtado de Menezes.

Em março de 1996, houve expansão do programa para mais sete unidades urbanas: Jôquei Clube I, Jôquei Clube II, Jardim Natal, São Judas, Santa Cruz, Barreira do Triunfo, Milho Branco.

No final do ano de 1996, quando a primeira parte deste estudo, já tinha sido finalizada mais 4 (quatro) unidades foram favorecidas com o Programa, que passou a ser chamado, em Juiz de Fora, de Serviço de Saúde da Família: Alto do Grajaú, Marumbi, Santa Efigênia, Ipiranga. O programa foi implantado em 21 unidades, incluindo a Zona Rural, para atender a uma população de 138.381 hab. A meta da Secretaria Municipal de Saúde (gestão 93-96) era ter este serviço como porta de entrada para o SUS, atingindo todo o Município, e conseqüentemente, todas as unidades básicas de saúde.

As comunidades não receberam o PSF da mesma forma. O depoimento a seguir explica que algumas se sentiram prejudicadas com as trocas efetuadas.

“O que a gente tem visto até agora é que alguns Centros estão funcionando adequadamente, outros não, estão muito precários, até por rejeição da própria comunidade, tá? Não é rejeição ao programa, mas o Posto que eu estou te falando, a gente tinha atendimento até às 20 horas quando funcionava. Tinha 2 pediatras de manhã, um clínico e um ginecologista. De tarde tinha mais um clínico e um pediatra. E a noite tinha mais um clínico e um cardiologista que ia lá 2 ou 3 vezes por semana. Então, você tinha um Posto que tinha um atendimento até às 20 hs e de repente, eles implantam um programa de Saúde da Família, onde eles colocam 2 médicos só, e o Posto fechando às 17 horas, né? A comunidade se sentiu prejudicada.” MED.3.1.

Para finalizar este item, defende-se aqui a idéia de que, através do PSF, os serviços de saúde da rede básica, em Juiz de Fora, estão sendo estruturados, objetivando a atenção familiar, através da organização da demanda, do trabalho com grupos prioritários, do incentivo a orientações educativas, das visitas domiciliares e do planejamento das ações de saúde em função do diagnóstico, ao invés de continuar oferecendo só consultas médicas e atividades a ela diretamente relacionadas e atendendo apenas à demanda espontânea.

A Demanda dos Serviços

A clientela das unidades está cadastrada nos prontuários das famílias em todas elas, representando, na sua maioria, uma boa cobertura do serviço. É constituída pela população urbana, de baixas condições sócio-econômicas, preferencialmente mulheres, crianças e idosos. Os problemas de saúde mais freqüentes da população que procura as UBSs são as doenças crônicas (diabetes, hipertensão), a desnutrição, os problemas respiratórios, os problemas ginecológicos e a gravidez na adolescência, demonstrando a multiplicidade da demanda. Raramente o homem na idade adulta procura a unidade de saúde, seja pelo horário de funcionamento, seja pela oferta de outro tipo de serviço vinculado ao seu local de trabalho.

Em relação à demanda reprimida, as fontes pesquisadas e entrevistadas forneceram informações vagas, admitindo sua existência, sem entretanto demonstrarem qualquer controle ou registro em relação a mesma.

Como as UBSs marcam consultas de segunda linha, através da Central de Marcação de Consulta, via telefone, as filas em frente às mesmas são constantes.

A demanda espontânea é grande. A organização da demanda, elemento estruturante das ações de saúde, é praticamente ausente nas unidades.

Medicação e Vacinação

Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica na SMS, que, em nível de atenção básica, elaborou uma lista de medicamentos para atender às necessidades mais comuns dos usuários. Os medicamentos da “Lista Básica” são entregues mensalmente com base no estoque e demanda de cada uma das 33 unidades (padrão mensal). Segundo

os profissionais, o problema da medicação ainda não foi totalmente resolvido, mas com a lista básica a situação melhorou muito, a distribuição tem sido mais constante. Por outro lado, a população diz que é difícil conseguir medicação para doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Todas as unidades possuem serviço de vacinação, oferecendo à população as vacinas recomendadas pela Secretaria Estadual de Saúde: triviral (contra caxumba, rubéola e sarampo), tríplice (contra coqueluche, tétano, poliomielite), anti-tetânica (contra o tétano), dupla (tétano e coqueluche). Existe também um serviço de vacinação especial, o do BCG intradérmico, que é feito nas maternidades de todos os hospitais públicos ou privados, de segunda-feira a sábado. Este serviço está ligado ao Instituto da Criança e Adolescente, que era (na época da coleta de dados) coordenado por uma pediatra e possuía três equipes, formadas por duas enfermeiras cada. Foi baseado no modelo da Secretaria Municipal de Curitiba, Paraná. Está vinculado ao Programa “Cultive uma Nova Vida”, do Instituto da Criança e do Adolescente que foi criado pela SMS como estratégia para enfrentar a mortalidade infantil.

Com a mudança da administração, no início de 1997, observou-se a ingerência política do dirigente da SMS, que quase abortou esse serviço, reduzindo-o a apenas uma equipe, que conta com o apoio informal de um pneumologista da rede. Foram incineradas 2.000 pastas que eram distribuídas às mães, por exibirem um logotipo criado na administração anterior, o que se constitui num indicador preciso de desvalorização do dinheiro público, encarecendo o custo do sistema. As pastas diferenciadas por sexo, azul para os meninos e rosa para as meninas, continham cartão de acompanhamento, crescimento e desenvolvimento, e muitos panfletos com orientações para as mães e seus filhos. Tentando evitar o fim do serviço, as enfermeiras fizeram um trabalho direto com os pediatras da rede, explicando o seu funcionamento e apresentando os resultados do mesmo, buscando sensibilizá-los. Constituíram assim um grupo de pressão capaz de reivindicar a continuidade do mesmo.

O trabalho é realizado atualmente por duas enfermeiras, que aplicam a vacina nos recém-nascidos e fazem uma série de orientações às mães sobre : aleitamento materno, puericultura, imunização, coto umbilical e sobre o teste do pezinho, que é feito gratuitamente e rotineiramente no Instituto da Criança e do Adolescente. É um serviço

eficaz, que garante uma cobertura vacinal de praticamente 100%, além do trabalho de educação para a saúde que é feito simultaneamente. Este trabalho ainda tem o mérito de contribuir para a organização da demanda na rede, pois as enfermeiras responsáveis pelo mesmo indicam as UBSs mais próximas aos domicílios para o atendimento de puericultura à criança. Para completá-lo, as unidades recebem a declaração de nascimento e o endereço, para uma visita de avaliação do estado geral do recém-nascido, normalmente agendada para primeiras semanas de existência, atividade que normalmente é realizada pela enfermeira. As enfermeiras têm total autonomia neste serviço e os casos de reações adversas à vacina são encaminhados ao coordenador de serviço de pneumologia da rede.

A Participação Popular – O Controle Social

À medida em que se amplia a democratização do processo decisório, informando a população sobre seus direitos e sobre responsabilidade dos governos municipais, fortalecem-se os canais de expressão de demanda e o controle social.

Juiz de Fora possui várias entidades representativas dos interesses da população, dentre as quais destacamos: Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Regionais, Conselhos Locais de Saúde, Associações de Moradores, Sociedades Pró-Melhoramentos de Bairros, que realizam reuniões e assembléias populares, quando se discutem problemas relacionados às condições de vida e saúde das comunidades a elas vinculadas. Essas entidades servem como espaço de democratização das informações e ampliação dos debates sobre saúde, sem entretanto representarem força de participação popular.

A participação popular na política de saúde de Juiz de Fora foi instituída durante o governo do PMDB, gestão 1983-1989, quando surgiram o Conselho Comunitário de Saúde e os Conselhos Locais. Infelizmente sua existência foi efêmera. Debita-se este fato à falta de discussão e amadurecimento no processo de formação dos mesmos, além da inexperiência dos profissionais de saúde e da própria população com a participação popular. Em 1991, esta proposta é retomada com a formação do Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde. Neste contexto, surgiu o movimento “SOS Juiz de Fora”, visando a elaborar propostas para diversos setores públicos. Formou-se então uma comissão da área de saúde, composta por técnicos e lideranças comunitárias,

desencadeando discussões sobre questões relativas à saúde, que resultaram na realização do “I Encontro Popular de Saúde de Juiz de Fora”, em julho de 1991. Neste encontro, formou-se o “Fórum Popular de Saúde”, que elaborou documentos sobre a formação do Conselho Municipal de Saúde, que culminou em uma proposta debatida e aceita na “I Conferência Municipal de Saúde”. Esta proposta foi inserida no relatório final da mesma, mas não foi referendada pela Câmara Municipal, que aprovou um substitutivo (MEIRELLES et al., 1996, p. 17-19).

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal 8076/92, face à exigência para o repasse de recursos ao SUS - JF, garantindo a “participação popular” conforme preceitos da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde. É a instância do planejamento, gerenciamento, avaliação e controle da política municipal de saúde. É a única organização popular com poder decisório, tendo como membro nato e presidente obrigatório o secretário municipal de saúde. A questão da representatividade na sua composição, que é paritária: 50% de usuários do sistema e 50% divididos entre prestadores de serviços, representantes governamentais e profissionais da saúde (54 conselheiros efetivos e 54 suplentes), é motivo de insatisfação e conflito para alguns profissionais, frente à pressão determinada pela capacidade de articulação que exercem determinados grupos, segundo as entrevistas que realizadas.

Segundo RIBEIRO e OLIVEIRA (1995, p. 50) os Conselheiros juizforanos demonstram dificuldades “...em apreender o significado e conteúdo mais abrangente das discussões sobre políticas de saúde do município”, o que se revela como uma limitação para sua atuação, podendo ser explicado, em parte, pelo seu processo de formação, como afirma o depoimento a seguir:

“O Conselho Municipal, ...Foi formado a toque de caixa para ocorrer o processo da municipalização. Hoje em dia, depois de alguns anos, eu acho que o conselho vem amadurecendo devagar. Você tem conselheiros que já têm uma visão mais nítida e correta de qual que é a função dele. Outros são absolutamente omissos e outros já acham que ser conselheiro é ser fiscal de Unidade de Saúde.” MED. 3.2.

Os Conselhos Locais de Saúde – CLSs, por determinação do então Secretário de Saúde, foram formados na mesma época do CMS (1991), ligados às unidades básicas de

saúde e sendo assessorados por profissionais das equipes locais, em especial por assistentes sociais, como mostra o depoimento a seguir:

“A parte de mobilização comunitária, então no caso, por exemplo o conselho local, então a parte de mobilização da própria formação do conselho local aqui, eu contribuí, eu dei uma contrapartida maior em função de que eu estou mais habituada a realizar essa ação”. ASSIST. 3.1.

Alguns enfermeiros participaram deste processo juntamente com os assistentes sociais, contribuindo efetivamente com a formação dos Conselhos Locais de Saúde .

A SMS enviou às unidades, em 1991, as orientações necessárias para a formação dos CLSs, determinando que a assessoria aos mesmos fosse realizada por profissionais das unidades. A intervenção da SMS, demonstrando urgência na formalização dos conselhos em detrimento de uma efetiva participação popular, determinou a mobilização de assistentes sociais e enfermeiros no sentido de democratizar o processo em algumas unidades, ampliando as discussões junto à população local (RIBEIRO & OLIVEIRA, 1995, p. 47). O depoimento reforça a afirmação:

“Era uma exigência legal, a Secretaria de Saúde, o SUS precisava disso pra se consolidar, a questão da municipalização. Então foi uma coisa meio de cima pra baixo, não foi uma organização que nasceu da população e aí chegou-se ao ponto de reformar um CLS. Foi uma idéia um pouco imposta pelo Secretário de Saúde, por nós (né?) que o representa. Então, mas ainda assim, nós fizemos questão que esse conselho fosse eleito democraticamente”. ENF. 2.1.

Os CLSs possuem regimento interno, elaborado por uma comissão, retirada em reunião ordinária do CMS e aprovado em novembro de 1994. A orientação da Secretaria era que entre os membros eleitos houvesse um representante da unidade de saúde local.

Acredita-se que, mesmo com o esforço de algumas equipes, a participação popular através dos CLSs tem-se dado ainda de forma incipiente, apesar de Juiz de Fora ter tido uma iniciativa com a formação de conselhos locais, anterior à Constituição 88, que não se efetivou, por razões já vistas.

Visando à articulação entre as instâncias locais, existem doze Conselhos Regionais de Saúde – CRSs, responsáveis pela eleição de representantes para o CMS na

proporção de um para cada 40.000 habitantes por região. Atualmente o CMS possui 17 representantes dos usuários, oriundos das eleições dos CRSs.

O CMS, recentemente, notificou que instituiu as “Sociedades de Saúde”, formadas pelos CLSs e pelos gerentes das UBSs, com o objetivo de pequena descentralização financeira. Porém, na prática, os mecanismos de gestão financeira parecem impedir sua existência. Embora não tendo sido possível obter informações sobre sua implantação, os profissionais já fazem referência a sua existência, conforme mostra o depoimento a seguir:

“eles pretendem implantar agora uma sociedade onde vai ser repassada uma verba pequena para as Unidades de Saúde. Então tem que ter um gerente para administrar isso, junto com o presidente do conselho local”. ASSIST. SOCIAL 3.1.

Ainda que haja limitação quanto ao controle social e mesmo quanto à participação popular, a existência das diversas instâncias em Juiz de Fora mostra a relevância e o avanço na atuação da população, que começa a se organizar para reivindicar seus direitos. Apesar dos entraves, não é possível negar o trabalho conjunto, realizado pelos profissionais e conselheiros em busca de alternativas que favoreçam a ampliação desta participação.

A Ouvidoria Municipal de Saúde, órgão de fiscalização das relações entre usuários do SUS, prestadores de serviços públicos e privados, trabalhadores do setor saúde e gestores, criada por legislação municipal em 1996, teoricamente amplia as oportunidades para o controle social. Como foi regulamentada há muito pouco tempo, não foi possível avaliar o seu funcionamento.

A Vigilância Epidemiológica

Com o objetivo de municipalizar o serviço de Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação compulsória e de implementar o Programa de Imunização, a SMS criou, em 1989, a Divisão de Vigilância Epidemiológica, que foi reestruturada em 1993 a partir de um projeto aprovado pelo Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde – CENEPI. O organograma da SMS, de 1996, criou a Superintendência de Epidemiologia, que está dividida em dois departamentos, o de Informações em Saúde e o de Vigilância Epidemiológica. Desta forma, as ações de vigilância epidemiológica estão

centralizadas, com uma participação mínima das UBSs. O serviço tem procurado adaptar-se ainda às demandas emergentes da municipalização, tentando operacionalizar a construção de indicadores de saúde e qualidade de vida para o monitoramento das condições de saúde nas pequenas áreas de abrangência dos territórios estabelecidos com a territorialização. A troca de dados entre as duas instâncias, porém, ainda não se tem dado de maneira eficiente. Mas o setor já está gerando informações que podem auxiliar no planejamento e nos programas de saúde das unidades, o que ainda não têm sido o objetivo dos profissionais.

O Sistema de Informação

O sistema de informação interno da SMS está dividido entre vários de seus setores, não conformando uma unidade pela falta de comunicação sistemática entre eles. Apresenta várias limitações. Como afirmam JUNQUEIRA et al. (1996, p. 12) seria mais correto se nos referíssemos a “ele” no plural, pois, na realidade, constituem sistemas isolados. É importante ter em mente o conceito de Sistema de Informação em Saúde, por isso adotamos o conceito de MORAES, baseado no conceito da OMS: “*SI é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças*” (MORAES, 1994, p. 26).

No setor de Vigilância Epidemiológica estão: o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI; o Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINSN; o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. No setor de regulação estão: o Sistema de Informação Hospitalar – SIH-SUS; Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS. No Instituto da Criança e do Adolescente encontra-se o Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional. E apenas uma das 33 unidades básicas possui o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica – SIGAB. Na Superintendência de Assistência à Saúde³² temos a Central de Marcação de Consultas,

³² Órgão da SMS, que tem como competências específicas o planejamento, a programação, a gestão, o acompanhamento e a avaliação do conjunto de ações desenvolvidas no âmbito dos serviços próprios da SMS.

voltada quase que exclusivamente³³ para a remessa de informações das unidades para o nível central, como controle de doenças de notificação compulsória (boletim de notificação de doenças transmissíveis – a consolidação dos dados é feita na superintendência de epidemiologia); para a prestação de contas (controle mensal de vacinação, folha de produtividade ambulatorial, ficha individual do desnutrido); e para o conhecimento da causas de mortalidade por área de abrangência (declaração de óbito) e vigilância aos nascidos vivos, realizada a partir da declaração de nascimento que é enviada à SMS³⁴.

Dessa forma, repartido entre diversos setores, o sistema de informação ainda não é utilizado como elemento integrador e avaliador das atividades, sem retorno para a própria unidade e para a comunidade (conselho local).

Com o objetivo de melhorar a comunicação entre o nível central da SMS e os seus servidores, espalhados pelas unidades de saúde que a compõem, foi criado o jornalzinho informativo “Saúde Em Dia”. Infelizmente esse se limitou a 3 (três) edições.

Como parte do sistema de comunicação que informa a população sobre os serviços existentes e procedimentos para sua utilização, viabilizado pelo patrocínio da Caixa Econômica Federal foi criado um programa de rádio voltado para a saúde, o “Saúde, Juiz de Fora!”, que discutia as questões de saúde no Município e ajudava na promoção de educação para a saúde da população. Sua existência efêmera limitou-se à gestão 93-96. Ainda no sentido de facilitar o acesso às informações, dirigindo-se aos técnico, a SMS abriu uma “home page” na INTERNET³⁵, que contém informações sobre o SUS – Juiz de Fora.

Os mecanismos de referência e contra-referência funcionam mal, não viabilizando o fluxo eficiente dos usuários entre os distintos níveis do Sistema de Saúde do Município. Não existem instrumentos padronizados para referência ou contra-referência. Os relatos afirmam que a referência funciona entre os níveis primário e secundário, ainda que precariamente, constituindo-se em um grande problema o nível secundário. O depoimento a seguir esclarece a questão:

33 A exceção fica por conta dos dados de nascidos vivos, que são enviados do setor de vigilância para as unidades, desde 1994, com a implantação do SINASC - Sistema de Informação dos Nascidos Vivos, para possibilitar medidas de melhoria da condição de vida. Seu objetivo central é a vigilância do recém-nascido de risco.

34 A Declaração de Nascimento - DN é fornecida pela maternidade em duas vias, sendo uma para a SMS e outra para o pai registrar o nascimento.

35 O endereço é: smsjf@fusoes.com.br.

“ O melhor exemplo que a gente tem em Juiz de Fora é o Instituto da Mulher, tá? Que apesar de todas as dificuldades, tem conseguido fazer um intercâmbio, atenção primária/secundária, até com atenção terciária em que orienta. A gente faz o atendimento primário aqui, encaminha ao atendimento secundário. Então, de todos, o que tem funcionado melhor é o Instituto da Mulher. Tem um grande e grave gargalo em Juiz de Fora, que é o atendimento terciário. O atendimento terciário no SUS está cada vez mais difícil de se conseguir, porque os hospitais são privados, em que não se consegue trabalhar nessa tabela atual do SUS e que tem reduzido substancialmente o número de leitos/SUS, né? Os hospitais públicos são poucos e precários, praticamente você só tem o Hospital Universitário e a FEMIG, que são pequenos e com a capacidade de absorção de paciente pequena. Quando você chega ao atendimento quaternário, aí que o gargalo aumenta, tá? Por exemplo, o leito de CTI geral é muito pequeno. Juiz de Fora ainda sofre de um grande problema que, para o atendimento terciário e quaternário, ele pega uma área muito grande. Então Juiz de Fora trabalha com uma área em torno de 1 milhão de habitantes, e com isso aí fica muito difícil. Até para a gente que está no atendimento primário, quando você precisa encaminhar o paciente para um tratamento mais especializado, aí o gargalo estreita muito.” MED. 3.2.

A pesquisa permite dizer que a contra-referência é inexistente.

Os Serviços de Apoio

Os serviços de laboratório e radiodiagnóstico que o serviço público possui são de pequena complexidade, e os de maior complexidade pertencem ao setor privado. A colheita de material para exames mais simples é realizada nas unidades básicas pelos profissionais de enfermagem. O material acondicionado é levado para o laboratório central pelos carteiros, sempre no turno da manhã.

Criado em dezembro de 1995, o sistema público de saúde introduziu ainda como inovação o “sistema resgate”, que é um sistema que centraliza os atendimentos pré-hospitalares em que exista risco de vida para os pacientes, segundo as normas do Conselho Federal de Medicina. Atende a urgências e emergências, com oito ambulâncias equipadas para atendimento pré-hospitalar, chamadas de Unidades Resgate. O sistema é acionado através de um comando único pela central telefônica 193. O atendimento e o

transporte de pacientes são feitos por uma equipe permanente de médicos, de oficiais e de bombeiros socorristas, treinados, preparados para iniciar o procedimento em qualquer região da rede, em média, em cinco minutos. Não existe profissional de enfermagem no serviço de resgate. Os bombeiros foram treinados inicialmente por uma equipe de profissionais da área de saúde, que contou com a presença de um enfermeiro, secundariamente por um grupo de profissionais pertencentes aos “anjos do asfalto”³⁶. Segundo alguns profissionais da SMS as ambulâncias foram adquiridas com uma verba destinada à compra de viatura para as Unidades de Saúde da Família, o que não pode ser confirmado.

Através da Central de Marcação de Consultas - CMC, existe uma oferta mensal de 42.000 consultas para especialistas no Instituto das Clínicas Especializadas, que podem ser agendadas (com comprovante) na UBS mais próxima da residência do usuário ou nas Policlínicas. Na época da implantação da CMC, a população apresentou inúmeras queixas e restrições, com o apoio da imprensa local. Pode-se, através da observação, assistir às filas apenas se deslocando do local habitual (centro da cidade) para as UBS. O sistema, porém, se mostrou bastante funcional, agilizando a marcação de consultas.

Supervisão, Controle e Avaliação

Não existe supervisão, controle ou avaliação dos serviços prestados nas UBSs, dificultando a integração entre eles. Com uma rede de unidades básicas tão extensa é necessária uma equipe de supervisão única, para a avaliação local dos serviços. Essa equipe poderia fazer uma aproximação dos mesmos para a troca de experiências, visando à melhor orientação do trabalho, como afirma o depoimento a seguir:

“Nesse último seminário, cada 3 Unidades se reuniram para poder resolver determinadas questões. Então, a gente percebeu lá, que cada um está fazendo de uma forma, e às vezes tem coisa que está dando certo em uma Unidade que poderia ser passado para as outras equipes, e não está tendo um momento de [troca de experiências] para isso, né? No caso, por exemplo, teriam que propiciar isso...”

ASSIST SOCIAL. 3.1.

³⁶Anjos do asfalto “é o nome dado ao grupo de profissionais da saúde, especializados no atendimento de pessoas acometidas por acidentes de trânsito, que trabalham nas rodovias de maior movimento do Estado de São Paulo.

O entrosamento com outras instituições poderia contribuir para a melhora da qualidade dos serviços nas UBSs. A experiência da autora como membro do corpo docente da UFJF e pesquisadora da área de saúde, em contato permanente com a SMS, permite afirmar que uma co-participação bem definida entre a Universidade e a rede básica de serviços da SMS (quando muito, existem experiências isoladas, descontínuas e descompromissadas de integração entre algumas unidades da SMS e alguns departamentos da UFJF) poderia beneficiar os usuários dos SUS, com a implementação de algumas de suas propostas. Uma política de aproximação entre as diversas secretarias poderia ser adotada também com o mesmo objetivo, é o que mostra o pensamento de alguns profissionais, traduzido na fala da assistente social:

“... a Prefeitura deveria propiciar a integração entre as várias secretarias, porque já que a saúde a gente está entendendo de forma mais ampliada, a gente não pode trabalhar só com a saúde, só com a Secretaria de Saúde, a gente deveria ter acesso a outras secretarias, né? A gente planejar junto com as outras secretarias, a gente ter condição de elaborar, por exemplo, um planejamento de uma necessidade e aquela necessidade ser atendida, e isso não existe atualmente... Outra coisa que eu vejo que seria importante mudar é uma maior interação realmente com a Universidade. Eu acho que cada vez mais a gente tem que buscar essa interação, a gente tem que buscar a presença realmente de acadêmicos na comunidade, tá? Aí não precisa ser dentro da comunidade, é dentro da comunidade, a gente estar realmente fazendo alguma coisa e tendo mais pessoas, mas recursos humanos. A Universidade a gente sabe que tem esse potencial, esse recurso”. ASSIST. SOCIAL 3.1.

Os Recursos Humanos

Historicamente muitas foram as propostas e estratégias para implantação de uma política de recursos humanos para a saúde no Brasil, e conseqüentemente no Município.

Juiz de Fora possui um médico para cada 1.289 hab.³⁷, sendo que somente a SMS possui 730 médicos no setor público. Teoricamente o número de médicos está muito próximo ao parâmetro preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que é de

37 Dado da Secretaria Municipal de Saúde referente a 1996.

um médico para cada 1.000 hab. O número de enfermeiros, segundo o COREN-MG³⁸ é de 500, o de auxiliares 880, o de técnicos 693, atendentes 534, perfazendo um total de 2.607 trabalhadores de enfermagem em Juiz de Fora, o que não corresponde às necessidades dos serviços. É de se registrar que o número de enfermeiros trabalhando no nível central da SMS vem crescendo nos últimos anos na administração, ocupando cargos tradicionalmente pertencentes aos médicos. Atualmente, cinco enfermeiras estão nos seguintes cargos: o de Diretor do Departamento de Vigilância Sanitária, o de Diretor da Central de Guias, o de Coordenador do Centro de Capacitação e Formação Profissional, o de Diretor da Divisão de Imunização e o de Assessor do Secretário Municipal de Saúde. Essa inserção dos enfermeiros no nível central aponta para uma condição nova dentro da SMS, mostrando a capacidade de penetração do enfermeiro em atividades que exigem uma visão mais ampla da saúde, requerendo para isso uma formação mais específica para desenvolverem suas ações.

Outra observação pertinente, que pode-se fazer a partir da distribuição apresentada abaixo, é o número excessivo de auxiliares de enfermagem (286), se

Levantamento da Força de Trabalho de Enfermeiros e Equipe de Enfermagem do SUS/JF - Março de 1997.

LOTAÇÃO ENFERMEIROS	ENF.	AUX	ENF.	TOTAL
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	37	72		109
INSTITUTO DAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	16	57		73
INSTITUTO DA MULHER	04	03		7
INSTITUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE	04	18		22
INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL	02	03		5
INSTITUTO SAÚDE DO TRABALHADOR	01	01		2
REGIONAL NORTE	05	28		33
REGIONAL LESTE	05	31		36
PRONTO/SOCORRO MUNICIPAL	07	53		70
CENTRO DE ORIENTAÇÃO E APOIO SOROLÓGICO	03	01		4
SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO	01	01		2
SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA	04	01		5
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	02	--		2
CENTRO DE CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	01	--		1
ZONA RURAL	01	16		17
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO	01	--		1
CENTRAL DE GUIAS	01	01		2
ASSESSORIA	01	--		01
TOTAL	96	286		382

(SMS/JF)

38 Fonte: Centro de Processamento de Dados do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais- CPD - COREN - MG, 05/ 11/ 1997.

comparado com o baixo número de enfermeiros (96). Desses, segundo informações da SMS, 14 (quatorze) possuem contratação temporária (conforme Lei Municipal n.º 9106/97). Iniciaram seu trabalho no primeiro semestre de 1997, sem qualquer preparo específico, confirmando a idéia de que as instituições empregadoras, públicas ou privadas, não consideram relevante a qualificação dos trabalhadores de enfermagem. E muito menos se interessam pela qualificação dos atendentes (ABEn, 1996, p. 3).

A SMS/JF³⁹ possui um total de 1.948 funcionários. Destes, 51 são assistentes sociais, 105 dentistas, 02 auxiliares de consultório dentário, 28 técnicos de higiene dental, 01 técnico de higiene do trabalho, 20 farmacêuticos - bioquímicos, 06 psicólogos, 04 sociólogos, 726 médicos, desses 47 com Especialização em Saúde da Família (dez. 1996), 94 enfermeiros, desses 19 com Especialização em saúde da Família e Comunidade (dez. 1996), 14 técnicos de enfermagem, 214 auxiliares de enfermagem, 58 auxiliares de saúde e 626 profissionais para apoio administrativo, trabalhando na rede de assistência primária. Os servidores possuem vínculo diverso (federal, estadual, municipal) e alguns possuem contrato temporário. Há um excessivo contingente de médicos em relação aos outros profissionais, que na realidade, não cumpre a carga horária contratada.

A observação participante permitiu verificar que, proporcionalmente, os médicos e os dentistas são os profissionais que menos tempo permanecem nas unidades. O depoimento de um médico, referindo-se aos seus colegas de profissão, mas generalizando o descumprimento do horário pelos funcionários de serviços públicos, reafirma a observação:

“Categoricamente... Há fora honrosas exceções, onde as pessoas trabalham 4 horas porque se envolvem no trabalho. Mas rotineiramente não trabalham. Tem muitas Unidades de Saúde até de Saúde da Família, que marcado para abrir às 7 horas, só começam a funcionar às 8 horas. Se algum profissional chegasse às 7 horas, eles reclamavam que ele estava chegando muito cedo. ...Não só no Posto ou na Unidade, mas em qualquer serviço público. Nem na Universidade nem na Prefeitura [o medico trabalha duas horas diárias]”. MED. 3.2.

Algumas ações executadas pela Secretaria na área de recursos humanos, nos últimos anos, beneficiaram os profissionais da rede e os usuários do sistema, como uma

39 Dados da SMS- 1997

forma de compensar a falta de uma política clara de recursos humanos. São elas: complementação salarial para os servidores do Estado, com a municipalização a partir de 1993, de acordo com o salário-base inicial dos servidores municipais, conforme categoria profissional correlata; em junho de 1994, convênio com a Fundação Ezequiel Dias/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, para a realização do Curso Descentralizado de Auxiliar de enfermagem, tendo como clientela os atendentes e auxiliares de enfermagem empregados no SUS-JF; criação, em 1995, do Centro de Capacitação e Formação Profissional da SMS-JF, tendo como objetivo a formação, o treinamento e a educação continuada dos trabalhadores da área de saúde, atendendo ao prescrito no artigo 200 da Constituição Federal - “... *ao Sistema Único de Saúde compete... ordenar e formar os recursos humanos do SUS, visando o atendimento do novo modelo de assistência adotado pelo Município*”; entre 1995 e 1996, implantação dos cursos de especialização em saúde da família para médicos, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem, em convênio com outras instituições; em 1996, implantação de educação permanente para as equipes de família; em 1996, foi implantada a periculosidade e valores diferenciados de plantões (sexta-feira, sábado, domingo e demais dias da semana), para os servidores que trabalham em Unidades Regionais e Pronto-Socorro Municipal.

Cabe destacar que o Centro de Capacitação e Formação Profissional, dirigido por uma enfermeira, tem sede em local separado da SMS e possui uma pequena biblioteca com obras na área de saúde. Ameaçado de extinção, no início de 1997, continua funcionando graças ao esforço de sua diretora, que se manteve no cargo, sem nenhuma gratificação.

A Questão Salarial

A questão salarial é um fator bastante restritivo ao avanço da mudança do modelo assistencial e, conseqüentemente, do SUS. No geral, ganha-se mal; apenas os médicos e dentistas, criando uma situação paradoxal, conseguem salários mais elevados, embora sejam os profissionais que menos tempo permaneçam na unidade básica de saúde, como já foi dito, em média, duas horas diárias para um contrato estabelecido de 20 horas/sem. O salário desses profissionais equivale a 75% do salário do enfermeiro ou

do assistente social com carga horária de 40h/sem. (R\$1.033,00 – em 01/05/97). Na prática, o médico e o dentista trabalham, em média, menos de 50% da sua carga horária, o que não ocorre com os outros profissionais, que normalmente trabalham bem mais, não chegando, entretanto, em muitos casos a completar 100%.

Em relação aos salários, o PSF criou uma grande expectativa entre os profissionais. Teoricamente, ele acabaria com a distorção referente aos salários dos profissionais, com a isonomia salarial, como ocorre no município de Camaragibe (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996, p. 9). Mas na prática isso não aconteceu, a diferença continua ainda mais acentuada: pela mesma carga horária (40h/sem.), os médicos recebem três vezes o salário do médico de uma unidade comum (correspondendo a cada 20 horas um salário, mais um salário pela Dedicção Exclusiva), mais a gratificação (cinco salários mínimos) pelo PSF (o que equívale hoje a mais ou menos R\$ 3.000,00); e os enfermeiros e os assistentes sociais recebem o salário mais a gratificação pelo PSF (+/- R\$1.380,00). Nesta pesquisa, apenas os médicos se posicionaram contra a isonomia salarial, justificando-se com o custo da atualização médica, que na realidade é igual para todos os profissionais; a diferença, se é que existe, levando-se em conta o ensino público gratuito, é na formação com maior número de anos de estudo. O segundo argumento foi o da responsabilidade exigida pela profissão médica, que com certeza é a mesma exigida pelas outras profissões da área da saúde. Finalmente, o terceiro argumento é o mercado. Assim, justifica um dos médicos entrevistados: “ ... acho que o mercado de trabalho dita a regra e acho que é mais cara a atualização do médico.” MED. 3.2. Aqui o uso de uma ferramenta do setor privado serve aos médicos do setor público como argumento para um salário maior. O contra-argumento é o mesmo mercado, que não tem mais favorecido o médico. Como pode ser lido com frequência nos jornais de maior circulação no País, o valor pago pelas cooperativas médicas não tem discriminado positivamente os salários, ao contrário, obriga os médicos a várias jornadas de trabalho. Na realidade, os médicos conseguiram essa diferenciação por força do corporativismo, caráter que permeia os modelos assistenciais (CAMPOS, 1991, p. 100; VELLOZO & SOUSA, 1993, p. 157-158), através de negociação direta com os dirigentes institucionais, segundo uma ótica privativista:

“nós médicos recebemos desde o início até pela força da postura [...] da posição do médico, ou vai nos pagar, ou não vai ter médico de família.” MED. 3.2.

Este é um elemento desarticulador da própria equipe, que não está centrada na consulta ou na prática médica, e sim na intervenção interdisciplinar.

Merece comentários a dedicação exclusiva – DE como exigência gratificada somente para os médicos de família, sendo a eles facultado o atendimento no consultório após 17 horas; um deles mesmo esclarece:

“Então, eu não posso ter hospital, eu não posso fazer cirurgia pelo SUS, não posso receber pelo SUS paciente internado, não posso fazer parto de hospital ... Posso ter meu consultório, posso atender pelo convênio, mas paciente do SUS eu não posso receber por ele”. MED. 3.2.

Na prática, quem tem DE é quem não recebe por ela: enfermeiras e assistentes sociais. Esses profissionais não têm condições de assumir outro emprego, que normalmente exige a mesma carga horária da SMS, 8 horas diárias, divididas em dois turnos de atendimento. Dessa forma, com a manutenção dos privilégios para os médicos, as esperanças de correção das desigualdades desapareceram, como mostra o depoimento da enfermeira:

“ ...uma coisa que é essencial, e que tem mortificado as pessoas...As pessoas estão assim paradas porque simplesmente ganham cinquenta horas extras, porque trabalham no PSF, enquanto o seu colega médico ganha R\$3.400,00 (três mil e quatrocentos reais) por mês. Isso é ‘muuuuita sacanagem’, isso é injusto. Isso é absurdo, o enfermeiro trabalha prá caramba. Que pessoas são essas que se contentam em ficar assim, se elas poderiam mudar?”. ENF. 2.1.

A Sustentação Financeira

Quando ao financiamento das ações desenvolvido pela rede pública de saúde, a II Conferência Municipal de Saúde reafirmou o cumprimento dos dispositivos legais, dando ênfase à contrapartida do Município e à participação do CMS na definição e controle dos recursos utilizados no setor. Aprovou-se a autonomia orçamentaria-financeira das UBSs, indicando-se a elaboração de um plano com o CLS para determinar a forma de sua

execução (RIBEIRO & OLIVEIRA, 1995, p. 36). Na prática, a autonomia financeira das unidades não aconteceu, limitando as ações do gerente local.

Os Três Tipos de Unidades Básicas de Saúde

As unidades básicas não são homogêneas. Os dados levantados permitiram categorizá-las em três tipos ou padrões principais: “Tradicional”, “De transição” e “Inovador”. Isso não significa dizer que só existam estes três tipos e que eles sejam estanques entre si. Caso fossem escolhidos outros critérios⁴⁰, seria possível sub-classificações e cada tipo poderia decompor-se, mostrando outras etapas do processo de transformação em que se encontra a rede em Juiz de Fora. Assim, seria possível uma ou mais classificações intermediárias entre o tradicional e o de transição, entre o de transição e o inovador, e entre o inovador e o tradicional, representando dessa forma um processo contínuo e gradual de mudanças. No entanto, esse processo não ocorre de forma linear, podendo tornar-se contraditório e conflitivo, implicando inclusive avanços e recuos. Assim, em alguns momentos, o tipo “tradicional” pode apresentar práticas ditas “inovadoras” e vice-versa, ou seja, o tipo “inovador” pode apresentar algumas características que podem ainda ser consideradas como tradicionais. A opção pelos três tipos foi feita no sentido de atender aos propósitos do estudo, facilitando a apresentação e a categorização dos dados, num momento provisório de transformação do processo de trabalho em unidades básicas de saúde do município de Juiz de Fora.

Como tipo “tradicional”, entendem-se aqueles centros de saúde que permanecem realizando algumas das atividades tradicionais de saúde pública (em todos: consulta médica, imunização, curativos e nebulizações, controle de doenças transmissíveis; em alguns: atendimento à mulher, à gestante e ao escolar), com ênfase na assistência individual, chegando, na melhor das hipóteses, à assistência a grupos (desnutridos, hipertensos e diabéticos). Na realidade, essa assistência está centrada apenas no indivíduo, compreendendo diagnóstico e tratamento, não dando conta nem da promoção da saúde, nem da prevenção primária das doenças, nem de atividades primárias de reabilitação (exemplo: reabilitação de lesões primárias de hanseníase).

⁴⁰ Ver página xxii.

Em termos de equipe de saúde, a divisão do trabalho é extremamente rígida, limitando-se às atividades estritamente “técnicas”, específicas de cada um, sem mecanismos de articulação interna ou externa. Os enfermeiros exercem de maneira “informal” um papel de administrador do serviço de enfermagem e, às vezes, da unidade como um todo. Neste tipo incluímos 14 unidades das 33 existentes, o que correspondia, no momento da pesquisa de campo, a 42 % do total.

Como tipo “de transição”, consideram-se aquelas unidades que, além das atividades tradicionais de saúde pública, possuem em funcionamento programas estruturados (PAISMC – Programa de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança); Programa do Desnutrido; Programa de Direitos Reprodutivos ou Pré-Natal; Programa de Hipertensão; entre outros). A assistência incorpora, além do nível individual, o trabalho com grupos, objetivando, ainda que de forma incipiente, a comunidade em suas atividades, promovendo ações conjuntas com os CLS e algumas atividades de prevenção primária, como visitas domiciliares e palestras na sua área de abrangência. Por outro lado, apesar de o trabalho da equipe de saúde apresentar traços dominantes semelhantes aos do “tradicional” em termos de composição, ele se dá de forma diferenciada com relação a este padrão. As enfermeiras têm uma maior articulação com os demais profissionais, principalmente com os de Serviço Social, no que diz respeito às atividades externas ao centro de saúde (planejamento de palestras; visitas a grupos para levantar necessidades; identificação de áreas de risco) e à articulação com os grupos organizados da comunidade (conselhos locais de saúde). Além disso, elas exercem ainda de maneira “informal” o papel de “gerente”⁴¹ da unidade, na medida em que passam a ser uma referência obrigatória para todos os demais profissionais na assistência aos clientes. Existe, ainda, uma divisão de trabalho menos rígida que a verificada no tipo tradicional. Nesse tipo de “transição” estão apenas 12, 4% das unidades (apenas 4).

Como tipo “inovador”, compreendem-se aquelas unidades que implementam, basicamente, o “Programa de Saúde da Família”. É preciso deixar claro que não se trata de um padrão ideal do ponto de vista de um “modelo” de Saúde Coletiva, e sim do que existe posto na realidade de Juiz de Fora. O processo de implantação deste Programa em Juiz de Fora possui peculiaridades, dando-se de forma gradativa nas unidades, que

41 Ainda que nos moldes de uma gerência com fortes traços de administração normativa.

passaram a ser denominadas de “Unidades de Saúde da Família”. Estas estão situadas, preferencialmente, em áreas consideradas de risco pelo Programa Nacional de Combate à Fome e à Miséria. Este processo se deu simultaneamente à realização de cursos de formação para enfermeiros, médicos e assistentes sociais, cujo propósito formal, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, é o de garantir a saúde integral do núcleo familiar, além de colaborar com a organização do SUS nesse Município, buscando a mudança do modelo assistencial. Aqui estavam inseridas 15 das 33 UBSs, num total de 45, 4%.

Para a pesquisa, foram selecionadas três unidades, correspondentes a cada tipo mencionado acima, cujas características serão discutidas e analisadas paralelamente ao trabalho que os profissionais de enfermagem realizam, juntamente com outros profissionais, a partir das mesmas.

CAPITULO 3 – O TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS DIFERENTES TIPOS DE UNIDADES DE SAÚDE

Este capítulo trata do trabalho de Enfermagem no campo da Saúde Coletiva nas suas relações com os diferentes elementos componentes desse conflitivo e contraditório processo de transição entre modelos assistenciais determinados histórica e socialmente. Com base na pesquisa realizada em Unidades Básicas de Juiz de Fora, abordou-se o trabalho de enfermagem inserido no processo de trabalho em saúde desenvolvido nessas unidades, analisando sua contextualização; o perfil da oferta e demanda; suas relações com a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora; as relações entre os profissionais das equipes de saúde, e entre a equipe e os usuários; o perfil dos profissionais; o tipo de gerência e a divisão e organização do trabalho dentro das próprias unidades. O trabalho da enfermagem está determinado por todos esses elementos que, por sua vez, de forma dialética, também os modificam, como veremos a seguir.

3.1 - O Trabalho de Enfermagem no Tipo Tradicional: a permanência do “velho”

A partir da tipologia elaborada anteriormente, o tipo Tradicional possui um modelo assistencial, cuja lógica determinante é a da atenção médica tradicional; a do pronto atendimento, com consultas médicas centradas nas queixas principais. Lógica que determina a dinâmica dos serviços, inclusive e de forma particular o de enfermagem. Esta, por sua vez, pouco atua no sentido de promover alguma mudança no modelo assistencial vigente, por inúmeras razões que serão analisadas a seguir.

Saúde Coletiva: as Distintas Concepções

Com relação às distintas concepções manifestadas pelos profissionais desta unidade, constata-se, de modo geral, uma visão restrita da saúde coletiva. Revela-se no depoimento a seguir a idéia da saúde coletiva como sinônimo da saúde pública.

Saúde Coletiva é Saúde Pública. Porque nós temos assim, 2 tipos de saúde: a saúde privada e a saúde pública. Então, Saúde Coletiva é Saúde Pública. DENT. 1.1.

A noção de Saúde da Comunidade que leva em conta seus problemas numa visão de conjunto também aparece como sinônimo de Saúde Coletiva.

Saúde Coletiva, bem ...saúde de um grupo, de uma comunidade ... aí no caso a gente tem que investigar dentro da comunidade quais os fatores daquela comunidade que possam estar gerando algum tipo de problema. Seria isso, ver o conjunto, né? MED. 1.2.

Um aspecto interessante surge com a associação entre saúde coletiva e utopia, diante da sociedade em que se está vivendo. Junto com isso aparecem as idéias da evolução e de alguns elementos constitutivos que se aproximam da noção de saúde coletiva: equipe multidisciplinar, saúde da coletividade, profilaxia e educação. Elementos estes que historicamente são associados à saúde pública.

“Na sociedade que a gente tá vivendo, é um pouco de utopia [...] você falar em Saúde Coletiva. Mas, a tendência nossa é buscar a evolução [...] você procurar melhorar [a saúde]...da população. Eu acredito assim, que o posto de saúde, ele atuando lá, naquela coletividade; e tendo uma equipe multidisciplinar, ele pode elevar a saúde da coletividade, na medida em que ele for atendendo a necessidade daquela comunidade e, também, agindo na profilaxia que é mais importante. É você prevenir, orientar, principalmente nós...nós vamos pular pra parte cardiológica, nos hipertensos, muito mais importante é você começar a educação ali na escola. MED. 1.2.

Registra-se ainda a associação entre a saúde coletiva e a necessidade de intersetorialidade, no caso educação e saneamento básico. Além disso relaciona-se saúde coletiva com prevenção, em oposição a formação curativa do médico, no depoimento a seguir.

“A Saúde Coletiva seria a população, de uma maneira geral, tendo condição de vida, condição de saneamento básico, não estar sentindo nenhuma dor, tá desenvolvendo fisicamente normal. Pra isso, a parte básica é importante, educação, saneamento básico, pra poder que isso tudo ocorra.”

*“Eu acho que os médicos novos têm mais facilidade em termos de Saúde Pública, de Saúde Coletiva. Eu acho que a nossa formação [há 18 anos], foi muito curativa ...”*MED. 1.1.

A enfermeira, resgatando apenas a idéia de integração entre o trabalho que ela desenvolve na Unidade e as instituições da comunidade de forma contraditória, faz uma

associação direta entre o SUS e a Saúde Coletiva. Negando a existência do trabalho em Saúde Coletiva a partir da Unidade, acha que ele é possível.

Eu acho que tem relação entre a Saúde Coletiva e o trabalho que é desenvolvido na UBS. Isto se ... existisse uma integração, mas até então não existe uma integração entre o meu trabalho e as escolas [...] nas instituições da comunidade que existe ... [e o] Sistema Único de Saúde ... ENF. 1.1.

O SUS

Resgatando o que foi colocado anteriormente, o Sistema Único de Saúde – SUS é uma proposta de organização dos serviços no Brasil consagrada na Constituição de 1988. Esta proposta está norteada pelos princípios constitutivos básicos como a universalidade, a equidade, a integralidade e a hierarquização dos níveis de assistência, dentre outros. Alguns desses princípios podem ser identificados nos depoimentos abaixo. Tal como a saúde coletiva, o SUS pode ser considerado também como um conceito em construção a partir de uma determinada realidade histórica que tem sido muito afetada por conjunturas favoráveis e desfavoráveis. Em ambos os casos “as conjunturas políticas adversas ou favoráveis acabam refletindo-se nas possibilidades de produção de conhecimento e na apreciação do seu grau de aplicabilidade à formulação de política de saúde” (CANESQUI, 1995, p. 30).

Na prática de construção do SUS surge com muita intensidade a idéia de mudança, idéia-força desta tese. O primeiro depoimento traz como conseqüência da mudança a polêmica, incorporando elementos da realidade na qual o profissional está inserido. Assim, o SUS trouxe como conseqüência o aumento da demanda sem uma contrapartida na oferta. Nesta unidade fica visível o problema da ausência de investimento: de nada adiantam leis bem intencionadas sem verbas para colocá-las em prática.

Toda mudança sempre causa polêmica. Eu acho que a tendência é retroceder, é o que não deve. Acho que tem que seguir em frente, acho que esse é o caminho, um bom caminho, vai dar muito o que falar, mas se tiver boa vontade, verba, eu acho que tem que investir nos postos, porque você descentralizar, não é pegar o posto do jeito que tá, que tá com aquela demanda, agora aumentou, e você vai jogar toda uma comunidade

pr'aquela localidade. Então vai ter que investir, eu acho. Colocar mais um clínico geral, aí não tem sala, cê esbarra na parte física da coisa. MED. 1.2

Eu acho que tá o caos, porque desde que foi implantado o SUS é ... a demanda aumentou muito, mas a oferta continua do mesmo jeito, né? Em questão de número de atendimentos médico, exames, né? A população, ela tá ficando a maioria sem atendimento pelo fato de ter dado a oportunidade a todos de terem o mesmo tratamento sem que a oferta fosse aumentada. Porque antigamente só se consultava, só se fazia exames pelo INPS, as pessoas que pagavam à previdência, hoje qualquer pessoa contribuinte ou não da previdência tem o direito do atendimento pelo SUS, enquanto que a oferta é muito pequena, daí as pessoas terem que esperar muito tempo pra fazer um exame, isso quando elas conseguem marcar, né? Que as vezes elas consultam, e não conseguem fazer um determinado exame, não consegue fazer uma fisioterapia, né? Exames mais especializados estão suspensos, então eu acho que dificultou. Em Juiz de Fora, foi implantado isso sem que ela tivesse estrutura ...o serviço de saúde tivesse o suporte pra desenvolver esse tipo de trabalho. É no sentido das pessoas que antes não podiam ser atendidas pelo o INAMPS, hoje ter o, poderem ser atendidas. Porque nem pro que contribui nem pro que não contribui agora podem ser atendidos porque dificultou mais, as pessoas não conseguem ser atendidas com a facilidade que era na época que só os que contribuíaam.” ENF. 1.1.

A idéia da transformação também aparece em outros depoimentos, trazendo junto mudanças positivas e alguns problemas surgidos com o processo de implantação do SUS, como: a falta de recursos, a não resolutividade, a ausência de referência para internação na rede e o aumento da demanda (ver depoimento acima da enfermeira). A resolução destes problemas é sempre remetida a uma instância superior.

“Minha visão sobre o SUS, é boa, né? Idéias dos princípios gerais dele eu acho boa, só que precisa muito, muita melhora, né? Tem muita coisa que tem que melhorar, tem que ir se desenvolvendo, tem que ir transformando dentro dele. Eu acho que aqui, em Juiz de Fora, nosso principal problema do SUS é a questão de internação, sabe? Parte de internação tá terrível, porquê as vezes se precisa de alguma cirurgia, tem que entrar na fila de espera 5, 6 meses pra conseguir uma cirurgia. Exames, não tá tão difícil. Às vezes, você precisa de uma tomografia computadorizada, faz, consegue-se

fazer [...]. Agora, internação não consegue, porque os hospitais da rede, todos aqui, é ... diminuíram o número de pessoas que eles tratam pelo SUS por causa dos preços que o SUS paga aos hospitais. Então eu acho que esse é o nosso maior problema: internação dentro do SUS. Eu acho que é onde o SUS mais falha em Juiz de Fora ... Eu só posso pedir 9 exames por mês, pra 9 pessoas, então fica difícil, eu chego no terceiro dia do mês, já acabou a minha cota do mês, aí como é que eu faço. Aí que acho que é muito pouco essa cota pra exame, então, eu acho que eu falho muito por isso, pra mim, eu sinto que é pouco, porque eu sou a única clínica aqui, todo mundo vem consultar comigo, aí eu tenho que encaminhar pra outro lugar, isso é um pouco estressante também... É, no sistema, é aquilo que eu te falei, nossa grande falha, é problema de internação, e assim, internação de emergência, é difícil, não tem vaga, é horrível.

Eu acho até que houve alguma melhora aqui; antigamente, antigamente que eu tô te falando, há 1 ano atrás, não tinha medicação aqui, pra doar pra pessoas, agora a gente tem, um bloco de medicamentos básicos, que sempre tem aqui no posto pra doar pra comunidade, então eu acho isso bom, é um ponto bom da atual administração, não sei se vai manter, mas sempre tem, que antigamente não tinha nenhuma aspirina, não tinha nada, agora tem, eu acho que é uma coisa boa que aconteceu aqui. MED. 1.3.

“Tá funcionando. Não nota 10, nota 10, eu acho que nunca ... sempre tá faltando alguma coisa. Mas, funciona muito razoavelmente.

Consigo [internação] com facilidade relativa. Não consigo uma cirurgia eletiva com 24 horas, a cirurgia eletiva com 15 dias, excelente.

Aqui em Juiz de Fora, os hospitais todos atendem praticamente tudo, não tem muita restrição, não. A gente vê funcionado bem. Eu atendo a parte de maternidade ..., são todas... maternidade é só urgência, abortamento, trabalho de parto e funciona normalmente. Cê não vê ninguém que precisasse de internamento sem tá internado não. [e o SUS] Pagando miseravelmente, muito a quem do razoável, inclusive, o atendimento eletivo tá suspenso atualmente aqui em Juiz de Fora”. [No consultório particular, a consulta custa] de 50 a 70. [E o SUS paga pela consulta] 2 reais”. MED. 1.1.

É interessante destacar que os usuários têm uma perfeita noção da idéia do sistema único, que “junta tudo”.

“É o Sistema Único de Saúde, né? Eu acho que ajunta tudo, INPS, Prefeitura.”

USUÁRIA 1.1.

Ressalta-se ainda como algo importante para a população usuária a facilidade de acesso à unidade (próxima à sua residência), resultado do processo de territorialização.

“O SUS é um plano de saúde que veio agora, assim, se a pessoa precisa, dentro do bairro, no posto, a pessoa já tem aquela auxílio de marcar ali mesmo.” USUÁRIA 1.2.

Finalmente, alguns depoimentos a seguir são ilustrativos do estado de desinformação em que se encontram alguns trabalhadores da unidade.

“Não, não tô informada [sobre o SUS]. Não, não tive [interesse em saber] não, porque eu nem sabia que eu vinha [trabalhar aqui]” AUX. ENF. 1.1.

“Eu não [sei o que é SUS]. Falar a verdade mesmo? Não.” SERVENTE 1.1.

Participação da Comunidade

Não existia Conselho Local de Saúde – CLS na época da realização da coleta de dados (até dez. 1996). Segundo as informações obtidas pelas entrevistas, o Conselho eleito com a ajuda da assistente social se desfez por falta de articulação entre seus membros, restando apenas dois representantes, que não se estimavam. Mesmo com a intervenção da SMS, que coordenou uma reunião convocando os profissionais da unidade e os conselheiros, a situação não foi resolvida. A falta de envolvimento dos profissionais parece ter sido um fator que contribuiu para a definição desta situação, como afirmam a enfermeira e a servente:

“...houve reunião da secretaria com os membros da unidade mais os conselheiros pra ver o que podia fazer [...] pra modificar essa situação ... uma que se existia um conselho local, a decisão seria do conselho todo. E aí quando deu esse problema alguns conselheiros afastaram, não quiseram mais ficar.... Só ficaram 2 membros ... [que] não combinam entre si ... [A] assistente social sempre alega que ela não vai envolver nessa situação, se queimar por isso. Então nós não temos um conselho atuante, ...Muitas coisas poderiam ser resolvidas se eles trabalhassem em conjunto com a gente, mas por esse problema então, não existe mais reunião, ...A assistente social não faz mais reunião com o conselho..., e já tá na época de eleger um novo conselho. A

gente acha que é uma coisa assim, que depende dela que isso não é o enfermeiro que vai ter que resolver, né? Fazer o trabalho com a comunidade, pra eleger um novo Conselho Local...e ela é uma pessoa pouco conhecida na comunidade porque ela não faz trabalho nenhum com a comunidade. Quando ela é procurada pelo povo, às vezes ela não é encontrada...[], então as pessoas vão desistindo, né? Que chega, não consegue resolver o problema, então o único trabalho dela mesmo é esse, isso porque a secretaria é ... exigiu". ENF. 1.1.

Acho [conselho importante, mas] ficou uma confusão danada, ficou uma briga danada, tá parado. SERVENTE 1.1.

A SMS vem tentando estimular a participação popular através dos CLS. Porém, essa iniciativa pode ser vista de dois lados, de forma contraditória: de um lado, o não envolvimento institucional, por ser o CLS uma instância popular, defendida por alguns profissionais; do outro, o envolvimento da SMS, descaracterizando o Conselho como instância popular. Na prática, foi possível constatar que nos locais onde a intervenção da secretaria existe, direta ou indiretamente, com o apoio dos profissionais, mesmo considerando que a instituição se preocupa mais com a formalização desta instância em detrimento de uma efetiva participação, os avanços são maiores do que nos locais onde isto não existe. Os profissionais de saúde, principalmente as assistentes sociais e enfermeiros, em algumas unidades, têm-se empenhado no sentido de fortalecer essas instâncias, ampliando o debate com os grupos da comunidade, na tentativa de mobilizá-los.

É importante ressaltar que as informações solicitadas pelos usuários aos profissionais da unidade de saúde, principalmente à equipe de enfermagem, são pouco valorizadas, como se pode observar. Em geral dispensa-se pouca atenção à população que procura informação, não havendo qualquer incentivo para a participação no CLS.

Caracterização da Unidade

O Centro de Saúde, escolhido como parte do cenário do estudo correspondente ao modelo tradicional, foi inaugurado em 1982, servindo portanto à comunidade há quase quinze anos. Sua área de abrangência cobre uma população de 12.151 hab. (estimativa para 1996) e cadastrou, ao longo desse período, 3.177 famílias. Está

localizado numa zona pobre mas com boas condições de infra-estrutura, tendo fáceis condições de acessibilidade geográfica, perto do ponto de ônibus que circula no Bairro, funcionando, de segunda a sexta-feira, das 7 às 11 e das 13 às 17h. Possui uma aparência desagradável, é bastante sujo e pobre interiormente, exibindo a tradicional visão do serviço público de saúde “pobre para pobres”. O material permanente é velho e mal conservado. A área física é pequena e o espaço é mal distribuído. Possui uma sala de recepção pequena, tumultuada no início do expediente com a marcação de consultas. A fila que é formada para o atendimento instala-se na pequena varanda coberta que serve de sala de espera. Possui uma sala para reuniões, denominada de “sala da comunidade”, por ter sido utilizada pela população para diferentes atividades durante muito tempo, segundo várias pessoas entrevistadas:

“...tinha aqui a assistente social programava cursos, bordado, uma porção de ginástica, e agora não tem nada, só grupo de hipertensos e desnutridos, que por sinal é muito animado por hipertensos, que tem amigo oculto, tem festinha de fim de ano, então eles ficam tudo feliz, isso pra eles, cê precisa de ver como eles ficam radiante.

SERVEENTE 1.1.

Este depoimento mostra que o Centro de Saúde já foi útil para a comunidade, inclusive como um centro social. Após a perda desta função, segundo informações da equipe, notou-se a falta de investimentos em relação à manutenção dos equipamentos e das instalações físicas locais, contribuindo com a sua atual situação de “atraso”, o que demonstra a desvalorização do setor público (em função do modelo neoliberal) e o impacto que vem sofrendo o setor social, principalmente o setor saúde, sem os investimentos necessários. Como conclui SOARES, *“os investimentos no setor saúde no período pós-90, tanto do ponto de vista dos seus mecanismos de repasse, como do ponto de vista do seu volume, estão longe de resolver os problemas desse importante setor social. Pelo contrário, a não continuidade nos investimentos feitos anteriormente, sobretudo no que diz respeito à manutenção de equipamentos e das instalações físicas, vem produzindo um sucateamento dos serviços de saúde, sem precedentes”* (SOARES, 1995, p. 300).

A mesma sala, apesar de armazenar diversos tipos de material como quadro-negro, cadeiras, mesa de madeira, vaso de flores, caixas com leite em pó, entre outros,

serve hoje como sala de trabalho para a enfermeira e para a assistente social. A cozinha possui uma área mínima, sem ventilação, e um tanque que é utilizado como expurgo. Possui dois consultórios médicos, um dentário, uma sala para imunização, uma sala para nebulização (antigo banheiro, sem nenhuma ventilação), uma sala para curativos também usada para desinfecção de material. Na época da observação participante, usava-se ainda a termo-desinfecção feita através da panela de pressão para a esterilização do material.

Não existe perto uma unidade de maior porte com infra-estrutura para realizar as ações de maior complexidade, o que dificulta o sistema de referência e contra-referência.

Perfil da Demanda

Com relação às principais ocorrências e queixas, a equipe destaca dois problemas na comunidade: hipertensão e “doenças” com uso de medicação controlada, além das verminoses, problemas respiratórios, desnutrição e problemas ginecológicos.

Por outro lado, a população tem outras necessidades prioritárias que, apesar de serem reconhecidas, não são normalmente discutidas pelos profissionais, que nada fazem, como se esses problemas fossem “externos” ao seu trabalho, não se relacionando com a sua ação, pois estariam acima de sua responsabilidade. A fala a seguir é a que mais representa essa realidade:

“É difícil responder pelos outros. A necessidade da comunidade, eu acho que vai muito além do que é feito aqui. Mas isso aí, implica em outras considerações, não é? É muito difícil, a população é ...um nível cultural baixo, um nível econômico baixo, isso tudo teria que ser melhorado pra melhorar num todo. Então eu acho que eu faço a minha parte, mínima, não faço muita coisa não”. MED. 1.1.

Por parte dos usuários, existe uma expectativa de que o governo e o posto de saúde atendam às suas necessidades básicas. Neste caso, as necessidades expressas pela população estão relacionadas à alimentação, necessidades típicas de extrema carência e pobreza:

“Se eles pudessem um dia, quem sabe, se Deus ajudasse o governo a conseguir, assim, o modo de todo mês ter uma quantidade básica de uma cesta pra dar uma comida pra eles, entendeu? Vamos supor assim, um arroz, até um arroz com feijão e fubá só, mas ter aquilo ali, sabe como é? Isso é que eu pensava um dia. Um dia (),

aqui na porta desse posto quando meu menino tinha 4 pra 5 anos, eu entrei no posto uma vez só, que eu falei assim: “Ah, meu Deus, se o posto conseguisse alguém que ajudasse essas pessoas que não têm como comer, eu gostava, tem muitas, ...tem pessoas pobres demais, não precisa dar muita coisa, pelo menos um arroz com feijão” Além deles ter conseguido o leite, eles conseguirem um modo de dar um mantimento, uma coisa de comer pra eles, não é pra esses que têm o leite, que esses que já tão ganhando o leite também, são bem pobres, entendeu?” USUÁRIO. 1.2.

Constata-se, através das falas, que a relação profissional-usuário não é tranqüila, encontra-se mediada pela classe social. Para os profissionais existem dificuldades para lidar com o usuário, exigindo deles um esforço adicional pelo seu grau de instrução. Interessante notar que isso é colocado até pela auxiliar de enfermagem, que é a profissional que mais se aproxima da realidade econômica, cultural e social do usuário:

“Eu acho que tudo é importante, desde que trata a comunidade. Cê tem que ter muita paciência, porque eles não são de entender muito as coisas.” AUX. ENF 1.1.

O usuário não é visto pela equipe como cidadão, como pessoa, como ser humano que tem necessidades. Seus problemas são considerados externos ao solo da UBS. A incorporação do *“eu faço a minha parte, mínima, não faço muita coisa não”*, eu lavo as minhas mãos, prende-se ao fato de que as necessidades sociais são historicamente determinadas e para atendê-las é fundamental passar-se a um nível macro de relações. Saúde, enquanto condições de vida, é problema político.

No entanto, é de se esperar que outras atividades sejam desenvolvidas, *“quase todos podem desenvolver trabalhos educativos, de orientação, de avaliação do serviço e prestar atenção individual. Dentro desta lógica cada unidade pode ir encontrando, as formas mais adequadas para a organização do trabalho”* (CAMPOS, 1989, p. 59) e conseqüentemente melhorar o atendimento à população.

Quanto à humanização da assistência e a solidariedade para com o usuário, há um longo caminho a ser percorrido. Como foi visto, há uma acentuada distância entre os profissionais e os problemas dos usuários. Inversamente, o usuário dos serviços de saúde deveria ser respeitado, apoiado, ajudado, informado, protegido e estimulado, o que não acontece. *As medidas para efetivar esse objetivo vão desde o respeito à intimidade do paciente (fechando a porta durante o atendimento, por exemplo) até o reconhecimento*

por parte da equipe de que as pessoas têm direito à informação” (CAMPOS, 1994, p. 59-60).

Composição e Perfil da Equipe

A equipe conta com dez membros, sendo apenas 3 (três) do sexo masculino. Possui dois pediatras, um dos quais permanece no local, no máximo, por duas horas diárias, uma em cada turno de atendimento; um ginecologista, que atende apenas nas segundas e quintas-feiras de 7 às 11, e cujo tempo de permanência na UBS não ultrapassa três horas por semana. A situação desse médico é diferenciada, com atividades em duas unidades distintas, para o que não se encontrou uma explicação satisfatória. A dentista também trabalha 20 horas semanais. A enfermeira e as duas auxiliares de enfermagem e a assistente social trabalham 40 horas semanais, distribuídas nos dois turnos de atendimento. Essa última não cumpria o seu horário, na época da coleta de dados, por se encontrar afastada do trabalho para a realização de um curso de especialização (não havia informação sobre a data de início e fim do referido curso ou sobre o horário do seu funcionamento). A servente também trabalha 40 horas semanais. A UBS conta ainda com um rapaz (guarda-mirim⁴²), que trabalha 20 horas semanais, funcionando como secretário específico para a marcação de consultas especializadas via telefone (CMS – Central de Marcação de Consulta). Os profissionais, em particular os médicos, são subaproveitados em relação à carga horária contratada, à exceção dos de enfermagem, que cumpriam rigorosamente o horário.

Nenhum profissional da equipe possui curso específico na área de Saúde Pública, o que contribui com a supremacia da visão curativa de atendimento à doença. O depoimento a seguir mostra que esta visão está relacionada também e principalmente à formação e aos modelos de assistência à saúde historicamente existentes:

“Tenho quase 2 décadas de formação. Então eu acho que isso aí muda muito. A gente tá vendo a própria instituição a nível federal, municipal, as instituições do SUS, do extinto INAMPS, há tempos atrás, se preocupavam muito pouco com prevenção,

42 O guarda-mirim é associado à Guarda Mirim Masculina de Juiz De Fora, que emprega adolescentes do sexo masculino, com idade entre 14 a 18 anos, que recebem 50% do salário mínimo. Essa associação adota regime de seis horas de trabalho, sem a obrigatoriedade de assinatura de carteira, mediante termo de compromisso firmado com o Ministério do Trabalho. Normalmente, os adolescentes contratados são alunos regularmente matriculados em escola pública (TRIBUNA DE MINAS, 1997), contratados através de uma fundação com programa específico para adolescentes.

com Saúde Pública, a gente vê que era mais a parte curativa. E agora parece que eles estão vendo que a parte curativa, se não tiver a preventiva, fica muito difícil, os problemas aumentam muito. Um grupo que faça prevenção vai ter menos problemas pra você curar. Eu acho que isso é uma coisa mais, relativamente mais recente”
MED.1.1.

A enfermeira não tem preparo formal ou informal para uma atuação mais abrangente visando ao modelo epidemiológico, o mesmo acontecendo com os demais profissionais, à exceção da assistente social, que está cursando a especialização em Serviço Social Aplicado a Área da Saúde. Os depoimentos a seguir atestam este fato:

“...a gente dentro da Saúde Pública [...] a gente não consegue se especializar, né? Assim, aprender muita coisa...” . ENF. 1.1.

Eu acho que os médicos novos têm mais facilidade em termos de Saúde Pública, de Saúde Coletiva. Eu acho que a nossa formação [há 18 anos], foi muito curativa ... MED. 2.1.

Diante da situação colocada nacionalmente, das mudanças pretendidas com a Constituição de 1988 e com a Lei Orgânica da Saúde, os profissionais de saúde, de modo geral, precisam instrumentalizar-se para enfrentar os embates do setor tendo em vista a pretendida mudança do modelo assistencial: apreender uma visão global sobre o processo saúde-doença, sobre integralidade da assistência e sobre epidemiologia, questões fundamentais no atendimento às necessidades de saúde da população.

Os profissionais não desempenham um trabalho de equipe na unidade, não existindo entrosamento entre eles nos dois turnos de atendimento. Na prática da equipe multiprofissional verifica-se a dificuldade de operacionalizar o conceito de interdisciplinaridade, que nos levaria a pensar em um trabalho de equipe coordenado com finalidade única (JAPIASSU, 1976, p. 73-74).

Percebe-se uma insatisfação da equipe como um todo e da enfermeira de modo particular. O serviço carece do apoio interno dos próprios profissionais, que demonstram apatia e falta de motivação para o trabalho. Realizam apenas o mínimo necessário à manutenção do “emprego”, corroborando a perspectiva de que “saúde pública é bico”. Os salários baixos, a falta de incorporação de tecnologia, o limitado apoio diagnóstico e terapêutico e a precária infra-estrutura física também contribuem para essa situação.

Confirmam-se aqui as representações dos próprios médicos de que “*quanto mais especializada uma prática, mais qualificada e mais valorizada social e profissionalmente*”, o que desqualifica o exercício profissional em ambulatórios, postos ou centros de saúde (BODSTEIN, 1993. p. 38).

A Gerência

Não existe uma gerência formal na UBS. Como a função de gerente ainda não foi repassada a todas as unidades, ela vem sendo confundida com administração geral, que também deveria ser reconhecida pela SMS como uma função a mais a ser realizada, no caso, pela enfermeira “*...o que eu faço é o que o gerente faz em outra unidade, porém ele ganha 50 horas extras, e eu não ganho nada, além do meu salário*”. ENF. 1.1.

Talvez até por proximidade, o que às vezes parece injusto na visão de alguns entrevistados, a enfermeira que administra o serviço de enfermagem administra também a unidade, tarefa que não é assumida pelos outros profissionais, conforme mostram os depoimentos a seguir:

“Mas ela [assistente social] não quer saber de ser gerente, ... seria a pessoa mais indicada pra fazer isso, mas a parte administrativa, ela não gosta, sobra pra [enfermeira], entendeu?” MED. 1.3.

“Porque uma enfermeira, tem tantas, né? (...) atividades, coitadas! E ainda têm que se sujeitar ao público, né?” DENT. 1.1.

“Eu não entendo assim ... o certo, mas o serviço da assistente social, quando ela tá de folga ela [enfermeira] que faz o serviço dela, tem que fazer, tem vez o médico ... ela [enfermeira] que ajuda ... que é de decidir a gente dá uma satisfação pra ela, se quer sair mais cedo, ou se quer fazer uma coisa e precisa de licença... Então tem que ir a ela primeiro pra depois conversar lá embaixo pra depois dá resposta pra gente, então eu assim ... acho que ela faz o serviço dela e o dos outros. Ela tá sendo exigida em tudo, tá sendo exigida e não tá tendo retribuição.” SERVENTE 1.1.

“Meu trabalho tá muito ligado à enfermeira, a enfermeira-chefe, né? Eu considero chefe, né? É, em todos os sentidos, né? Não só além do serviço burocrático, levar a estatística, levar a requisição de pedido de material, né?” DENTISTA 1.1.

Este problema remete a discussão da gerência à da administração da unidade. Essa questão poderia ser resolvida com a existência de um gerente local, que pode e deve ser um profissional como a enfermeira, que tem no curso de graduação disciplinas com conteúdos mínimos referentes à organização dos serviços, programação e planejamento em saúde, diferentemente dos outros profissionais da área. As ações relacionadas com a administração (ponto, férias, manutenção de material, dentre outras) deveriam ser executadas por um administrador ou por um agente administrativo, apesar do tamanho da unidade. Entretanto, como a redução de custos é a tônica para todo serviço público, a SMS nunca contratou profissionais específicos para estas atividades. Na realidade, na área de administração geral, os depoimentos confirmam a dependência da enfermeira a que estão sujeitos os profissionais na própria unidade, sendo ela a interlocutora dos seus problemas com o nível central. Assim:

“De ela marcar consulta, ela é que resolve os problemas administrativos do posto, todo problema administrativo cai na mão da enfermeira aqui no posto, tipo: entregar folha de ponto, levar a carteira da gente pra assinar, tudo que é administrativo, cai em cima da [enfermeira], tudo.” MED. 1.3.

A gerência deve ser o ponto de referência entre a comunidade e os profissionais da equipe, criando condições para o planejamento e a organização das ações a serem desenvolvidas na unidade para o atendimento das necessidades de saúde da população, e não um simples instrumento a ser utilizado para o aumento da produtividade. Como um agente articulador, o gerente deveria estreitar as relações entre as instituições e entidades existentes na área de abrangência da unidade, formando parcerias para melhorar a qualidade de vida da população na região. Porém, a gerência é entendida neste tipo de unidade, apenas como um conjunto de atividades administrativas e burocráticas realizadas pela enfermeira:

“Tem muita parte burocrática, ela faz muita parte que eu acho que seria uma parte de secretário. Ela faz levantamento, ...de medicamento, dá baixa no estoque, então, ela fica muito ocupada com isso, ficha, organização de arquivo. Isso aí, eu não sei se seria da enfermeira-chefe, o ideal seria que tivesse outra pessoa que fizesse esse serviço, mais é assim que funciona”. MED. 1.1.

O possível esclarecimento para esse fato talvez seja a prática tradicional das enfermeiras, carregada de mecanismos alienantes (como a falta de definição de função, o poder institucional, a influência marcante dos princípios tayloristas). É preciso ter claro que a alienação “não é produzida por um erro da consciência que se desvia da verdade, mas é resultado da própria ação social dos homens, da própria atividade material quando esta se separa deles quando não podem controlá-la e são ameaçadas e governadas por ela” (CHAUI, 1980, p. 80).

Atividades Gerais

As atividades básicas realizadas na unidade são: imunizações, curativos, injeções, nebulizações, consultas médicas nas clínicas básicas: clínica, pediatria, ginecologia e atendimento a grupos de desnutridos e hipertensos. O serviço é organizado, atendendo às atividades, em limitados horários específicos, penalizando inclusive os usuários (curativos só são realizados de 8h30min até 9h30min, injeções de 8h até as 10h 30min). As atividades de vigilância epidemiológica se restringem à notificação compulsória das doenças, com o preenchimento do boletim de notificação das doenças transmissíveis. A unidade funciona isoladamente, não existindo contato sistemático com as outras entidades ou instituições da sua área de abrangência. Não há serviço de visitação domiciliar, o que dificulta o atendimento a pacientes que não podem locomover-se.

Os Programas e os Grupos

Os programas desenvolvidos na unidade são: o “Serviço de Atenção ao Desnutrido – SAD”, dirigido ao grupo de crianças desnutridas; e o “Programa de Hipertensão Arterial”, dirigido ao grupo de hipertensos. Com relação à organização das atividades dos programas e de suas respectivas clientelas, os relatos mostram que o grupo de desnutridos (30 crianças divididas em quatro subgrupos) está desativado há três meses pela ausência da sua coordenadora (assistente social), mas principalmente pela ausência de um trabalho em equipe. A falta de entrosamento entre os profissionais, destacando-se a pediatra, a enfermeira e a assistente social, determinou a não continuidade das atividades como a realização das reuniões para orientações e distribuição dos alimentos.

“Cada criança consulta uma vez ao mês. Elas recebem o leite, a gente orienta dieta. No início, a gente até fazia reuniões com as mães, dava assim, tipo aulinhas, né? Mas depois, tive que parar, porque fica difícil conciliar a consulta com a aula, e tirar mais um dia da comunidade seria difícil, né?” MED. 1.2.

A distribuição do leite e do óleo também foi interrompida várias vezes pela falta de alimentos na SMS. Assim, as poucas ações programáticas que eram desenvolvidas em relação ao SAD foram sendo abandonadas por falta de interesse dos profissionais e de incentivo da SMS. É interessante registrar, por outro lado, que, segundo as informações dos próprios profissionais, as responsáveis pelas crianças desnutridas eram advertidas e ameaçadas de serem retiradas do programa se faltassem às reuniões. De acordo com o Manual de Normas Técnicas (BRASIL, MS, 1992), é facultada aos profissionais a suspensão ou desligamento da criança que faltar a mais de duas consultas sem justa causa. Isto indica uma conduta extremamente autoritária e ineficaz no que diz respeito ao combate à desnutrição, tanto em nível local como em nível central, conforme a referência do Ministério da Saúde. A falta de eficácia, aliás, também se evidencia pela menção a estratégias de educação em saúde tradicionais, como as “aulinhas”.

Outros problemas relativos a este Programa são evidenciados nos depoimentos a seguir:

“ ... o grupo dos desnutridos, dos hipertensos que eu deixei de fazer [...] por falta de tempo, e ter que trabalhar junto com o auxiliar de enfermagem”. ENF.1.1.

“O pediatra aqui..., tem feito um levantamento de desnutrido. Tem vindo para o posto o fornecimento de leite, de mantimento, mas a gente sabe que isso não é constante; não adianta você dar uma cesta básica pra uma família durante um mês no ano, acho que não resolve, ela vai ter um a parte maior de proteínas, de nutrientes naquele mês, mas o projeto, não vai continuar. Vem leite em pó, dura 2 meses, depois fica um ano sem ter, acho que a população fica meio ..., aí ela mora nesse bairro, ela vem nesse posto, aí ela fica sabendo que e o outro posto lá do outro bairro nesse mês tem, ela vai correndo atrás. Então, não atende nem a pessoa daquele bairro, nem daqui, e fica meio...tumultuado. Hoje aqui, se você for ver, eu acho que não tem aí leite em pó, alguns meses tem, então não tem continuidade.” MED. 1.1.”

Como se deduz desse depoimento, a matrícula no grupo de desnutridos (ou em

vários) pode ser considerada como estratégia de sobrevivência, já que, para as mães, alvo secundário dessa política feita de forma paternalista, a distribuição de alimentos é um favor concedido pelo governo, a quem elas se mostram “humildemente agradecidas”, visão totalmente contraposta à da cidadania e à da saúde enquanto direito universal. Assim, vejam o depoimento abaixo da usuária desta unidade que complementa o anterior:

“Não, eu acho, sabe qual o problema que eu acho que deveria, se o caso, se pudesse? Assim, vamos supor, aqui no alto nosso aqui do [bairro] tem pessoas, assim faveladas. A gente não somos ricos, entendeu? A gente tem alguma coisinha só pra comer, não tem como vestir e calçar, mas tem uma comida. Agora, tem pessoas que têm mais necessidades que a gente. Se eles pudessem um dia, quem sabe, se Deus ajudasse o governo a conseguir, assim, o modo de todo mês ter uma quantidade básica de uma cesta pra dar uma comida pra eles, entendeu?” USUÁRIA 1.2.

O Programa de Hipertensão Arterial funcionava com grupos que foram formados em função da medicação que era distribuída, para que a Secretaria tivesse o controle da mesma. Segundo a informação da médica responsável pelo atendimento dos hipertensos, eles somam hoje 56 (cinquenta e seis) e estão divididos em quatro grupos de 14 (quatorze) elementos, que são atendidos uma vez por mês. Segundo a enfermeira, os participantes dos grupos não se reúnem mais e, por freqüentarem a unidade há bastante tempo, os assuntos abordados nas palestras foram esgotados. A observação em relação ao grupo de hipertensos constatou como atividade apenas a consulta-controle, que é realizada pela médica, muito rapidamente. Já o interesse por parte dos hipertensos passa a restringir-se simplesmente à obtenção da medicação, pois alegam falta de recursos para sua aquisição.

Os grupos possuem poucas normas internas de funcionamento, e estão, diferentemente da maioria das unidades, sob a responsabilidade da assistente social. É grande o trabalho burocrático de organização dos mesmos: livro de registros, mapa de controle de distribuição e requisição de medicamentos ou alimentos, controle de freqüência às consultas, relatório das atividades desenvolvidas, entre outros.

Alegando falta de tempo para o desenvolvimento de suas atividades, os profissionais não demonstram interesse na formação de outros grupos, apesar do

discurso contraditório do médico, que fala em necessidade de “boa vontade” dos profissionais para a realização de atividades que são inerentes às suas práticas⁴³:

“...faz aqui um programa de prevenção da hipertensão, dentro da prevenção, a gente faz esse, tem um grupo grande de hipertensos que a gente faz controle [consulta-controle]. E essa iniciativa tá funcionando hoje aqui por causa de clientela daqui, que são pessoas mais conscientes, e da boa vontade minha, da assistente social, e da enfermeira, porque nos outros postos, esse grupo não funciona porque depende da medicação, né? Pessoa vem, vê pressão, e aí pega o remédio. Aqui...e geralmente esse negócio não funciona, no princípio funciona, daí uns tempos, o remédio pára de vim, e, sem o remédio, aí o grupo vai se esfarelado, porque a pessoa vem consultar, não tem remédio aí, não vem, falta, sabe? E aqui não, funciona ... o pessoal é muito consciente, então mesmo que não tenha remédio pra eles, eles vêm direitinho toda consulta...é o único. É a única prevenção que se faz aqui no Posto de Saúde, assim em termos de clínica médica, é essa do grupo de hipertensão, toda quarta feira, só.” MED. 1.3.

Organização/ Forma de Atendimento

A Unidade atende apenas à demanda espontânea, limitada a 12 consultas médicas por dia por especialidade (pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia), conforme a produtividade exigida pela SMS, por turno de trabalho médico; curativos; vacinas; injeções e nebulizações. Esse preceito seria o fio condutor do controle da demanda. Existe uma demanda maior, conforme mostrou a observação participante, que é rechaçada “naturalmente”, como reforça o diálogo abaixo:

“Doze, eu atendo bem, numa boa, eu dou toda atenção pessoal. Além daquilo ali que me pesa, aí eu corto, eu corto. Mas eu sinto assim...que eles já estão extrapolando, né? É o que eu sinto, assim, muito além da minha conta. (Entrevistadora: A sua média de atendimento é 12 consultas, mais urgência ?) Doze; se tiver uma urgência, eu atendo evidentemente; agora, consulta extra porque me conhece, porque é conhecido ou amigo, aí já ... isso aí passa do meu limite, sabe? De bom atendimento, eu canso, eu me sinto cansada.” MED. 1.3.

43 A contradição entre o discurso e a prática foi intensamente observada nesta unidade.

Ou seja, a visão do médico, nessa dimensão da oferta, como realidade instituída cobrada somente no Boletim Mensal de Produtividade – BMP, é extremamente simplista e reducionista, constituindo-se em um poder defendido pelo médico, que acaba justificando o reduzido tempo de sua permanência na unidade (que não chega a duas horas) com o cumprimento da produtividade exigida. Fazendo os cálculos, mesmo relacionando o tipo de consulta e a especialidade (aqui, usando a pediatria como exemplo, por ser uma especialidade bastante singular, principalmente no atendimento aos menores de um ano, por ser bastante demorado), pode-se constatar esta afirmação:

“Se é uma consulta de controle que a criança vem pesar e medir, e a criança vem todo mês, aí é mais rápido, porque aquela mãe cê vai devagarinho todo mês batendo na mesma tecla, aí cê: “Esse mês nós vamos entrar com uma sopinha.” Aí cê ensina fazer a sopinha ali rapidinha, então é mais rápido. Agora, às vezes a criança ficou uns 2, 3 meses sem vim, dieta tá toda errada, a criança tá doente, às vezes, tem umas 3 patologias. Ontem, teve uma otite, escabiose, e tinha mais uma outra coisa... , verminose, eliminando áscaris. Quer dizer, essa criança tem alimentação errada, já tá entrando em desnutrição, quer dizer, cê tem tudo o que ela tem direito. Aí, é uma consulta mais demorada. Aí, leva em torno de 20 minutos, 15 minutos.” MED. 1.2.

Segundo tal concepção, se todas as consultas levassem quinze minutos (o que é preconizado pela OMS para a consulta ambulatorial), em três horas o atendimento seria finalizado; o médico teria atendido a 12 consultas demoradas. Como este não é o caso, conforme se constata através do mesmo depoimento, que faz referências à consultas rápidas numa especialidade que requer um tempo maior do médico, devido aos detalhes específicos a ela relacionada, para o cumprimento da produtividade (isto sem discutirmos o questão da qualidade), são necessárias menos de três horas de trabalho médico. Essa realidade também foi observada por GONÇALVES (1994, p. 235) em pesquisa realizada em centros de saúde no estado de São Paulo, na qual ele constatou que a duração das consultas variava entre 5 e 9,8 min. O mesmo autor citou ainda o caso de um médico que atendeu a vinte clientes em 37 min. Esse fato torna-se possível com a justificativa de que os médicos, freqüentemente, *“acham-se resguardados pela solidariedade corporativa de superiores hierárquicos (usualmente médicos) e dispõem de argumentos*

fundamentados, segundo a conveniência, em preceitos da deontologia médica”
(MACHADO, 1988, p. 12).

Falta de Supervisão

Um grande fator de desarticulação da rede como um todo é a falta de supervisão da SMS, ressentida apenas pela enfermeira. Como a Secretaria não possui um setor específico de enfermagem, e a enfermeira é a responsável pela administração geral, vê-se obrigada a iras freqüentes a diversos setores do nível central para a resolução de problemas da Unidade. O serviço como um todo é carente de supervisão técnica, ficando sem referência formal. Deste modo não existe qualquer cobrança de horário ou de qualidade técnica do trabalho executado pelos profissionais. Como afirma GONÇALVES (1994, p. 206) *“não há como conceber um trabalho coletivo, qualquer um, que não precise necessariamente de ser controlado e supervisionado ao mesmo tempo, do ponto de vista técnico”*.

O Trabalho Médico

Em relação à distribuição das atividades pelos profissionais, os médicos realizam apenas consulta médica, centrada na queixa principal, e a prevenção do câncer ginecológico, conforme mostram as anotações nos prontuários. Estas anotações são sucintas, limitando-se muitas vezes ao registro da queixa principal e ao nome do medicamento prescrito. Nada é feito em termos de registro para compor o perfil de morbidade da demanda atendida, pois não há nem mesmo uma hipótese diagnóstica. O tempo para sua realização varia de acordo com a especialidade, sendo as pediátricas, que englobam a puericultura, e as obstétricas, as mais demoradas. Através da observação, constatou-se que os médicos são contrários a qualquer tipo de atividade que não seja a consulta médica, apesar de depoimentos e fatos isolados nas entrevistas apontarem para o contrário. Nos consultórios os prontuários ficam sobre a mesa, onde são colocados pela auxiliar de enfermagem ou enfermeira, em ordem numérica de chegada, controlada por uma das duas profissionais na recepção. A maioria das prescrições é de medicamentos disponíveis na unidade, que são entregues sem as orientações mínimas para seu uso, como foi constatado através das informações obtidas com os usuários

consultados. Frases como “*é para tomar do jeito que está escrito aqui*” resumiam as explicações dadas pelos médicos aos usuários. Quanto às anotações, observou-se, de modo geral, a falta de interesse dos profissionais, que as fazem de modo sucinto e quase ilegíveis. Esse descuido merece referência, principalmente quando se trata das receitas médicas, que necessitam de um processo cuidadoso de decodificação. Além disso o trabalho do médico começa e termina na própria consulta.

O Trabalho do Guarda-mirim

O guarda-mirim é responsável unicamente pela marcação de consultas por telefone na central de marcação de consultas – CMC. É ele quem primeiro sente a pressão da população para a consulta médica. Sem condições de resolver os problema advindos dessa, repassa-os à enfermeira. Constatou-se, através da observação participante, uma grande dificuldade do mesmo para o trabalho, pela falta de domínio dos termos médicos, em especial das especialidades médicas. Tal fato fazia-o recorrer com freqüência à enfermeira para saber o nome da especialidade a ser demandada.

O Trabalho da Assistente Social

A assistente social estava ausente da unidade havia três meses, na época da coleta de dados. Seu trabalho parecia estar ligado aos grupos de desnutridos e hipertensos e ao CLS. A falta de articulação entre a equipe dificultou a obtenção de informações mais precisas sobre o trabalho deste profissional.

O Trabalho do Dentista

O dentista, segundo suas próprias palavras, faz “*clínica dentária, prevenção, uma odontologia mais simplificada*”, atendendo no máximo a oito pacientes por dia, número este bastante reduzido em relação à população da área de abrangência.

Como pode ser observado, este profissional recorre com freqüência à enfermeira para a solução dos problemas de natureza administrativa (falta de material, manutenção de equipamentos, entre outros).

As Reuniões

Vale ressaltar que esta unidade não realiza qualquer tipo de reunião, nem mesmo para discutir seus problemas internos, o que denota a desvalorização dessa atividade e o isolamento dos profissionais. A equipe é multidisciplinar mas o trabalho dos profissionais é totalmente independente. Não se está referindo aqui à questão técnica específica, mas sim à articulação necessária para a visualização do objetivo final, qual seja o atendimento às necessidades de saúde da população.

O Trabalho da Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem é constituída apenas por uma enfermeira e duas auxiliares de enfermagem, que realizam as seguintes atividades (gerais ou técnicas): fazem curativos e retirada de pontos; aplicam injeções e imunizações; fazem colheita e recebem material para exames laboratoriais (sangue, urina, fezes); preparam nebulização; fazem esterilização do material, aferição de pressão arterial e de peso corporal; marcam consultas, distribuem medicamentos, fazem orientações. São muitos os curativos de úlcera de perna⁴⁴ realizados no local. Os curativos são demorados, exigindo cuidados especiais de orientação e avaliação. A entrega de medicamentos é feita com o cliente em pé no balcão. Registra-se o medicamento e a segunda via da receita é arquivada para o controle de estoque. À sombra de alguma dúvida do usuário sobre a posologia, repete-se a orientação da receita. Esse momento raramente é aproveitado para uma orientação ou informação sobre o serviço. Essas atividades, assumidas preferencialmente pela auxiliar, são realizadas também pela enfermeira na sua ausência (férias, demissão, falta) ou por sua limitação técnica. A enfermeira reclama do baixo nível de qualificação da auxiliar de enfermagem (que está vindo de uma unidade hospitalar), o que implica a necessidade de treinamento e de supervisão direta constante, para garantir um mínimo de qualidade ao serviço de enfermagem. A fiscalização passa a ser uma necessidade, e a forma como o trabalho é realizado recebe privilegiadamente uma maior atenção. O treinamento e a supervisão ocupam então grande parte de seu tempo. Este é um fato que pode constituir-se em argumento para a enfermeira ter como objeto de trabalho o próprio processo de trabalho (GONÇALVES, 1994, p. 230).

⁴⁴ Normalmente fornadas por deficiência circulatória, as úlceras estão ligadas principalmente a diabetes.

A Indefinição de Papéis

A enfermeira reclama da falta de definição da função pela instituição, ao mesmo tempo em que coloca uma proposta ampla de discussão sobre o que julga ser um dos problemas principais enfrentados pela categoria profissional-enfermeiro, o que certamente poderia contribuir com a melhoria do atendimento às necessidades da população:

“ Eu acho que se a categoria não sentar pra decidir qual que é a nossa função ..., a gente tem que traçar mesmo nosso perfil, vai chegar um ponto que vai ficar mesmo..., não precisa ter enfermeira..., coloca um auxiliar que ele vai fazer a mesma coisa.” ENF. 1.1.

A indefinição de funções/atribuições das categorias apontadas acima retrata uma discussão antiga entre os enfermeiros, aparentemente superada pela Lei do Exercício Profissional. Os enfermeiros, normalmente, têm muito claros os conteúdos da referida legislação que não são aplicáveis à prestação de serviços requerida pelas instituições, o que determina frequentemente uma superposição de funções para as diferentes categorias profissionais. Segundo a enfermeira, normas mínimas para padronização do atendimento deveriam circular, para facilitar a organização do serviço.

No que diz respeito ao tipo de atividade a ser desenvolvida, o trabalho da enfermeira não se diferencia muito do trabalho da auxiliar de enfermagem. A hierarquia é respeitada, mas o trabalho executado por ambas serve como instrumento de atenção individual para o suporte que é dado à consulta médica, obrigando a enfermeira a desempenhar as atividades que teoricamente seriam atribuição da auxiliar:

“Eu executo muita função de auxiliar de enfermagem, então se é pra comunidade..., se colocar uma outra pessoa no meu lugar por exemplo, uma auxiliar, pra comunidade vai ser a mesma coisa, não vai modificar em nada porque eu faço o que a auxiliar faz” ENF. 1.1.

“Marcação de consulta também [...] agendar, as medicação, controle da temperatura da geladeira, mas isso eu também faço... mais ... curativo também ela faz, aqui eu acho que é um trabalho em conjunto, porque estando desocupada, todo mundo faz”. AUX. ENF.1.1.

O depoimento da auxiliar de enfermagem confirma o da enfermeira, demonstrando não haver uma divisão nítida de trabalho entre as duas, apesar do respeito à hierarquia. Não há distribuição de tarefas, ambas realizam atividades que vão desde a retirada das fichas para a consulta médica até a sua guarda na pasta-família depois do atendimento médico. Existe aqui um espaço conflitivo, onde a superposição de atividades e a indefinição da sua função incomodam bastante a enfermeira. Provavelmente, este incômodo esteja relacionado ao fato de os enfermeiros terem historicamente incorporado o discurso da divisão social e técnica do trabalho: pessoal de classes sociais diferentes para o atividades igualmente diferentes, discurso esse traduzido na Lei do Exercício Profissional, que determina como competência da enfermeira a execução das tarefas “mais complexas”, mas o que na prática não se efetiva:

“Eu sinceramente, pelo fato de eu estar aqui dentro da Unidade de Saúde, (né?) envolvida nos problemas imediatos que surgem eu não tenho como fazer prevenção e daí...onde eu chego a pensar e me pergunto afinal de contas qual é minha função, né? O que eu tenho que fazer, porque que eu sinto que eu não exerço a função de enfermeira, porque, pelo fato de estar dentro da unidade resolvendo problemas, fazendo trabalho de curativo, injeção essas coisas, eu deixo de exercer o meu papel, então normalmente eu me pergunto, às vezes, eu fico sem saber afinal qual que é o meu papel” ENF. 1.1.

“Aqui no posto, na verdade é com as duas, porque na realidade a enfermeira acaba fazendo o trabalho de enfermeira e de auxiliar, e a outra [auxiliar] também acaba fazendo o trabalho.” MED. 1.2.

A população não distingue entre as diferentes categorias profissionais de enfermagem, o que é visto de forma negativa pela enfermeira, que ainda cita como suas atividades suplementares as ações da assistente social:

“A comunidade não distingue o enfermeiro do auxiliar de enfermagem. Pra comunidade é tudo a mesma coisa, então a partir do momento que eu faço o atendimento que ela está procurando ou eu ou a auxiliar a gente tá resolvendo o problema dela, não interessa se eu sou enfermeira ou se eu sou auxiliar de enfermagem ... As pessoas não distinguem uma função da outra, que desde o início que a gente entra na Unidade de Saúde cada qual no seu papel, médico é médico, ele tem o papel

dele, mas o enfermeiro é o único que não tem papel definido, porque ele executa todas as atividades: de assistente social, de auxiliar de enfermagem, de auxiliar de expediente". ENF. 1.1.

Apesar do não reconhecimento da população, é a enfermeira que resolve os problemas existentes entre a instituição e a população, enfrentando a pressão da última. Ela fica na "linha de frente" quando o conflito se instala, o que pode ser confirmado com o depoimento do médico, a seguir:

"Com relação com a [enfermeira], ela tá sendo muito visada, eu falei com ela: Cê fica meio, cê se afasta um pouco, não entra de cara na linha de frente com o povo não, porque senão..." MED. 1.2.

A Visão de que o Enfermeiro vem Perdendo Espaço na Instituição

No plano das relações entre a instituição e o enfermeiro, a visão da enfermeira nesta unidade é de que o trabalho deste profissional vem perdendo espaço para os auxiliares de enfermagem:

"Que eu acho que [o enfermeiro] tá vivendo uma situação difícil, principalmente dentro da Saúde Pública de Juiz de Fora, que a gente tá assim, perdendo o espaço, assim de chegar o ponto de eu pensar em desistir da minha profissão, porque eu já não sei mais... Realmente, infelizmente a gente tem colegas que não esquentam cabeça, que não estão preocupados com nada, e ainda colocam pra gente que preocupa: '... Não esquentam a cabeça não, o negócio é assim mesmo, a gente tem que ir levando, tem que deixar do jeito que eles querem ...' Mas eu acho que não é assim." ENF. 1.1.

A divisão social do trabalho de enfermagem é histórica. Os trabalhadores da enfermagem nesta unidade, porém, não executam seu trabalho numa escala hierarquizada, e frequentemente a enfermeira substitui os auxiliares na execução das atividades diretas aos clientes. No depoimento da enfermeira, a valorização profissional é buscada de forma invertida, chegando inclusive a admitir o desaparecimento da categoria enfermeiro.

"Porque o enfermeiro você vê que ele sempre foi uma categoria difícil, porque qualquer pessoa que trabalha dentro da área de saúde, fora o médico, é enfermeiro,

aquele que faz uma faxina poderia ser enfermeiro, né? Não existe essa separação, as pessoas não conseguem separar isso, ou muda o nome, porque todo mundo é enfermeiro, que cê vê um acompanhante que não sabe nada, só dorme com o paciente ele é o enfermeiro, então eu acho que a gente vai ter que fazer pra modificar isso, porque daqui a pouco não vai existir mais a categoria. Eu, na minha opinião do jeito que tá indo daqui a pouco não vai existir enfermeiro. Pra que enfermeiro, se a gente não tem valor? E a gente sente que o secretário de saúde dava muito valor ao trabalho do enfermeiro, ele desmoralizou o serviço social, a ponto de ele fazer uma reunião e querer que elas traçassem um plano ...serviço que nem elas sabiam o trabalho delas e que ele nunca viu pra que dentro de uma instituição tanto assistente social assim, que não precisa dessa quantidade. Então a gente sentiu que ele assim, a gente, por isso tudo é colocado na nossa mão, que eles sentem a importância do enfermeiro numa unidade...” ENF .1.1.

Na verdade não se pode esperar da instituição a interferência mais direta no trabalho da enfermagem, já que ela teoricamente ganha com a manutenção desse “estado de coisas”. A enfermeira tem como tarefa um amplo campo de atividades “cobradas” pela SMS não correlatas à sua prática profissional, mas que na realidade facilitam a relação individual médico-usuário, através da manutenção da ordem no espaço onde essa relação acontece. Não obstante aparece a insatisfação da enfermeira, seguida de dúvida quanto à possibilidade de mudança:

“Então ele [enfermeiro] é quebra-galho de tudo, ao meu ver eu tô sentindo que a ... o enfermeiro é o quebra-galho, é o enfermeiro que tem que fazer o serviço administrativo, pedido de material, é faturamento mensal de todos os funcionários, ele tem que levar lá embaixo pra entregar, a não ser quando fica uma situação difícil...Da instituição que a cada dia vai te jogando mais trabalho, e na verdade a gente não sabe pra que isso tudo, será que isso vai ficar assim toda vida?” ENF. 1.1.

Consulta de Enfermagem

A enfermeira não realiza consulta de enfermagem – C.E., atribuição que lhe é privativa. Esse procedimento, muito valorizado pelos enfermeiros atualmente, ainda merece bastante discussão. CORBISHLEY E SILVA (1996), em estudo realizado

para levantar subsídios para discutir a C.E. na perspectiva de uma ação inserida na programação de saúde, concluíram que, neste campo, os estudos são escassos e os problemas para efetivação da C.E. são muitos. Lamentando a ausência da consulta de enfermagem na maioria dos serviços de pré-natal, NOGUEIRA (1994, p. 88) comenta que a mesma é associada a atividades educativas, levando em consideração aspectos psíquicos e experiências do usuário, diferentemente da consulta médica, que apenas enfatiza aspectos biológicos. Nesse caso a consulta de enfermagem é vista como complementar à consulta médica, substituindo a antiga pós-consulta realizada pela enfermagem. Para HENRIQUES (1993), a ambigüidade entre o desejo de fazer a C. E. e o medo de se expor gera o imobilismo nos profissionais. Este é o caso nesta unidade, aliado à exigüidade da equipe a à divisão de tarefas existente. Razões que também justificam a não realização das ações de vigilância epidemiológica, a não realização do pré-natal e da visitação domiciliar.

As Atividades de Pré-consulta e Pós-consulta

Segundo ALMEIDA (1991, p. 67), no estado de São Paulo, as atividades de pré- e pós-consulta foram formalizadas, na década de 70, como parte das ações programáticas em saúde da Secretaria de Estado, que tinham como objetivo o controle da doença na coletividade. Não existe informação precisa sobre início e fim dessas atividades na SMS/JF. Ao longo do tempo, segundo informações de vários enfermeiros a partir de entrevistas informais, essas atividades foram abandonadas, pelo volume de serviços e pela pressão de alguns profissionais que as consideravam atribuições dos médicos, que muitas vezes, por desconfiarem da fidedignidade dos dados, repetiam as ações, superpondo as atividades. Da forma como eram feitas, representavam parte da consulta médica, pois na pré-consulta realizava-se parte do exame físico: pesava-se, aferia-se temperatura e pressão, registravam-se ganho ou perda de peso, perímetro cefálico, perímetro torácico e, na pós-consulta repetiam-se e/ou complementavam-se as orientações dadas pelos médicos de forma mais detalhada, aproveitando a oportunidade para a educação para saúde. Os médicos ainda se queixam da ausência dessas atividades, que para eles significavam economia de tempo, pois delegavam parte da ação médica.

“Quando a gente pede, ela (enfermeira) faz..., mede a pressão, vê a temperatura. Porque não se tá fazendo isso, e a gente que faz isso na consulta. Eu acho que isso é uma coisa que deveria fazer, porque tinha pré-consulta antigamente, cortaram isso aí, e a gente que faz tudo. Quando encontra alguma emergência, né? Eu peço elas pra verem, elas vêem, então, elas [enfermeira e auxiliares de enfermagem], às vezes fazem pré-consulta pra gente.” MED. 1.3.

Imunização

A única atividade de prevenção às doenças realizada pela enfermagem é a de imunização, mesmo assim sem fazer a busca ativa dos faltosos, já que esta não é uma exigência da SMS, o que demonstra uma não compreensão da finalidade do trabalho.

As atividades relacionadas com o setor de imunização, que necessitam apenas de padronização e treinamento, são desenvolvidas preferencialmente pelo auxiliar de enfermagem. Assim, a aplicação de vacinas, o aprazamento, o registro e controle de temperatura de geladeira e rede de frio, a requisição de vacinas, o controle de estoque de vacinas, o preparo de sala de vacinas, a elaboração de consolidado mensal, a avaliação de cartão de vacinas das crianças são ações que a enfermeira somente realiza quando necessário (na ausência da auxiliar, quando há sobrecarga de serviços para a auxiliar). Somente a enfermeira é treinada para a aplicação do BCG, em razão dos riscos provocados pela má utilização da técnica (exigência de habilidade). A demanda para essa vacina diminuiu sensivelmente com a criação em 1995 do programa “Cultive uma Nova Vida em Juiz de Fora”⁴⁵. As duas enfermeiras que executam o Programa visitam diariamente as maternidades do Município e entre outras atividades vacinam os recém-nascidos.

Nesta unidade, o arquivo de vacinas, embora perfeito em termos de organização, não serve a qualquer propósito, já que os faltosos não são contatados, mostrando que os profissionais não compreendem o porquê do registro das informações, já que elas não servem para sustentar uma ação nesse sentido. Ainda sobre o registro de informações, raramente o instrumento pasta-família, que deveria integrar a equipe, é utilizado para o registro das atividades de enfermagem. Como detectado por BORDIGNON (1996, p.

45 Ver CAP. 2, na parte referente ao SUS-Juiz de Fora.

35) e TASCA et al. (1994, p. 271), foi confirmado nesta unidade que os poucos dados que retornam a ela (enviados pela vigilância epidemiológica) não são utilizados pelos trabalhadores por falta de conhecimento.

As vacinas são tecnicamente e rotineiramente bem executadas, atendendo apenas à demanda da própria unidade. A exceção fica por conta das orientações, que são sempre sumárias, sendo ampliadas quando as mães questionam alguma coisa. São realizadas com toda autonomia pela enfermagem. Contraditoriamente, como foi também detectado por GONÇALVES (1994, p. 216), a enfermeira parece não valorizar a imunização enquanto instrumento de seu trabalho. Até mesmo quando a criança vai à unidade para a imunização, a tendência mostrada durante a observação participante foi passá-la antes pelo médico (com a anuência da enfermeira) para o controle ou avaliação do estado geral da mesma.

Educação para a Saúde

A enfermeira também não faz a tradicional educação para a saúde, por considerá-la uma ação desvalorizada pelos usuários e pelos médicos. Contraditoriamente, essa ação é muito valorizada por ela verbalmente, significando prevenção:

“Eu acho que o que ela [enfermeira] desenvolve não é o trabalho dela, o que eu acho que ela tinha que desenvolver é o trabalho preventivo, o trabalho educativo ...o serviço educativo, a gente deixa de fazer, a prevenção, né? ENF. 1.1.

Administração da Assistência de Enfermagem

Em relação às atividades de administração da assistência de enfermagem, a enfermeira faz supervisão, orientação e treinamento dos auxiliares e, responde pelo material para o funcionamento do serviço.

Gerência e Administração da Unidade

A enfermeira desenvolve ainda atividades de gerência e administração da Unidade de Saúde, elaborando boletim de produção ambulatorial – BPA e boletim mensal de imunizações; fazendo a lotação de pessoal; abrindo e controlando folha de ponto; elaborando escala de férias da equipe; controlando o material permanente;

fazendo a notificação semanal de doenças de notificação compulsória⁴⁶; fazendo o controle semanal e mensal de medicamentos; cuidando da organização de arquivos, registros, fichas e documentos; buscando material diverso na SMS: receituário azul, contraceptivos, folha de ponto, formulários, etc.

As atividades de administração da Unidade são vistas pela enfermeira como sobrecarga de trabalho, fator negativo e restritivo à execução da sua prática. A concepção de administração está fortemente ligada a atividades ditas “burocráticas”, rejeitadas pela equipe como um todo.

Em suma, o trabalho burocrático da Unidade é todo realizado pela enfermagem, principalmente pela enfermeira; o médico não participa nem mesmo o trabalho mecânico de recolocação das fichas individuais dentro da pasta família; qualquer papel é encaminhado à enfermeira. A burocracia é vista pelos médicos como inútil, como perda de tempo. Em nenhum momento, os papéis preenchidos (exemplos: boletim de imunizações, boletim de produção) foram colocados como auxiliares às atividades de planejamento ou de supervisão.

“A gente vê também, a enfermeira chefe fazendo e mostrando as deficiências que essas auxiliares trazem, né? Ela orienta, ajuda, demonstra. Mas, a atividade da enfermeira chefe no posto, ela é quem tem nas mãos o comando do posto de saúde. Então, tem muita parte burocrática, ela faz muita parte que eu acho que seria uma parte de secretário. Ela faz levantamento, (né?) de medicamento, da baixa, no estoque, então, ela fica muito ocupada com isso, ficha, organização de arquivo. Isso aí, eu não sei se seria da enfermeira-chefe, o ideal seria que tivesse outra pessoa que fizesse esse serviço, mais é assim que funciona.” MED. 1.1.

Planejamento

Não existe programação geral ou qualquer planejamento das atividades de enfermagem, apesar do tempo disponível decorrente do atendimento extremamente reduzido. Por outro lado, são tão poucas as atividades a serem desenvolvidas, que a falta de um planejamento não impede a sua realização.

⁴⁶ A notificação semanal de doenças de notificação compulsória é entendida aqui como atividade administrativa, que tem como componente técnico um saber específico.

“Não, eu não divido também meu tempo de trabalho. A medida que vai surgindo o trabalho, eu vou fazendo, não tem como dividir.” ENF 1.1.

Contraditoriamente, a existência da programação e/ou planejamento das atividades em saúde se justificaria pela falta de demanda. Da mesma forma, a demanda poderia ser criada e organizada em função desse planejamento, que simplesmente não existe no nível local. O planejamento que existe é o da SMS, voltado para o controle da demanda em cima da produtividade médica, através de uma meta numérica mínima de consultas médicas.

Neste modelo, o que a enfermeira realiza como prática profissional é uma assistência, que é executada também, sem distinção de tarefas, pelos auxiliares, além da administração da unidade de saúde, o que é valorizado pelos outros profissionais, pelos usuários e pela instituição, confirmando de fato as pesquisas na área. As ações de enfermagem estão relacionadas à consulta médica e às atividades dela decorrentes (distribuição de medicamentos, injeções, preparo de nebulizações, orientações, etc.); assim, o volume do serviço depende do número de consultas:

“Se o médico falta, o posto fica mais tranquilo, porque aí já não tem medicação ...pra ser feita, não tem nebulização pra preparar”. AUX. 1.1.

O trabalho da enfermagem nesta unidade de saúde tradicional reflete, inserido no conjunto de outros trabalhos de profissionais de saúde que não chegam a se constituir numa equipe, uma assistência totalmente desumanizada, em que predomina a falta de solidariedade e de empatia. O usuário é “culpabilizado” pelos profissionais, sendo responsabilizado pelos seus problemas de saúde e pela opção que faz, reafirmando o modelo predominante (clínico), como no exemplo da busca da consulta médica, mostrado no depoimento a seguir:

“A comunidade já tem em mente que é só parte curativa tem que ser vista..., já não aceitam que você faça uma prevenção. Então tudo gira em torno disso, o que serve pra comunidade é o atendimento médico. Não tendo o médico, não precisa de mais nada pra eles, o serviço de enfermagem é desnecessário pra eles.” ENF. 1.1.

A visão da enfermeira é fatalista, ingênua, mostrando desconhecimento sobre as relações sociais. Essa visão se reflete numa postura alienada e comodista, determinada pela falta de informação e formação, limitando suas atividades em ações de natureza

propedêutica e terapêutica complementares à consulta médica ou, raramente, à consulta odontológica, com orientação. A dispersão dos agentes de enfermagem, principalmente da enfermeira, nas atividades da UBS é muito grande. Falta-lhes conhecimento sobre saúde coletiva. Aqui, sem querer discutir os problemas do ensino como um todo, o que por si só daria uma tese, tenta-se mostrar apenas a necessidade de determinados saberes, coerentes com o objeto de trabalho da enfermeira, sem negar a importância do conhecimento na área das ciências biológicas mas, *“quanto à área de conhecimento que dá sustentação às atividades que os enfermeiros mais realizam - as ciências sociais e comportamentais onde se encontram as disciplinas administração, planejamento e psicologia, outras - não há elaboração conceitual própria”* (FNEEN, 1992, p. 100).

Ao mesmo tempo, o entendimento “limitado” da população, reduzindo à consulta médica o atendimento às suas necessidades de saúde, vem ao encontro das colocações de BODSTEIN (1993), reafirmando que esta percepção da população de direito à saúde como direito à assistência médica não lhe parece casual ou distorcida, pois *“seria desde sua origem nas representações, no simbólico e no imaginário da população uma necessidade ilegítima, artificialmente imposta, já que expressão privilegiada dos interesses comerciais dos produtores de bens e serviços médicos”* (BODSTEIN, 1993, p. 36).

Mas há limites referentes também ao trabalho médico, que, de modo geral, se resume apenas à consulta médica.

“...Poderia fazer..., seriam palestras (né?), de orientação; a gente sabe que existe, não é complicado para ser feito, mas eu nunca fiz. Eu faço atendimento, não faço atendimento preventivo nesse sentido, eu faço a prevenção de câncer ginecológico, outras coisas. Mas eu não vou muito além, ou seja, eu não me dedico muito à atividade, eu cumpro a minha obrigação.” MED. 1.1.

No entanto, as possibilidades poderiam ser ampliadas. A relação entre fator econômico e qualidade apareceu em vários depoimentos médicos. A fala a seguir é bastante esclarecedora desse aspecto:

“...exatamente porque a gente tem tantos empregos, e por um lado também a gente sabe que a remuneração, a gente sabe que não é alta, então cê tem que se desdobrar pra fazer um ganho final total, no final do mês. Talvez, se a remuneração

fosse melhor, se eu pudesse ter menos empregos, ia me dedicar mais a cada um deles.”

MED. 1.1.

Os usuários ficam então à mercê dos programas descontínuos, cujo valor é questionado pelo médico:

“... O que a gente vê, é que vem, as vezes, alguém com essa idéia, mas isso aí dura 6 meses, dura um ano, não tem continuidade. Cê faz um programa, tudo bem, vamos fazer isso...quando começa uma divulgação maior, aquele projeto já acabou. Então eu tenho a idéia de que é muito falho muito...muito esporádico. Na hora que você começa a divulgar, acaba, então, eu acho que não funciona, não nesses termos, que geralmente, a gente não vê funcionar, entendeu? Vem um grupo aqui, faz, acabou, vai embora. Não dá continuidade.” MED. 1.1.

O mesmo médico faz referência a indícios de mudanças:

“Eu acho que os médicos novos, têm mais facilidade em termos de Saúde Pública, de Saúde Coletiva. Eu acho que a nossa formação [há 18 anos], foi muito curativa ...são épocas, tenho quase 2 décadas de formação. Então eu acho que isso aí muda muito. A gente tá vendo a própria instituição a nível federal, municipal, as instituições do SUS, do Instituto INAMPS, há tempos atrás, se preocupavam muito pouco com prevenção, com Saúde Pública, a gente vê que era mais a parte curativa. E agora parece que eles estão vendo que a parte curativa, se não tiver a preventiva, fica muito difícil, os problemas aumentam muito. Um grupo que faça prevenção vai ter menos problemas pra você curar. Eu acho que isso é uma coisa mais, relativamente mais recente.” MED. 1.1.

A Desvalorização do Trabalho da Enfermagem

A “figura do médico” e o controle da sua prática se apresentam como “intocáveis” nesta unidade. A expressão “deus médico”, que aparece em uma entrevista com uma enfermeira de outra unidade, ilustra comparativamente a diferença de valorização entre o trabalho dos profissionais, evidenciando a subordinação hierárquica ao trabalho médico:

“A consulta médica, é uma coisa, é ... que só deus médico podia fazer, entendeu? Tudo assim, a consulta médica só o deus médico pode fazer, a consulta de enfermagem, não é a deusa enfermeira quem faz, porque ela não é deusa”. ENF. 2.1.

Ainda com relação à enfermeira, é preciso registrar que não se trata de um problema de “ausência” ou “falta do que fazer” na unidade, e sim daquilo ou da qualidade – do que, como e para que é feito – e da finalidade do seu trabalho. A visão dela é limitada e imediatista, não valorizando o grau de resolutividade dos problemas de saúde do usuário. A execução de suas atividades na UBS transforma os meios (atividades) em fins. Como foi observado por GONÇALVES (1993, p. 224-225) e já citado anteriormente *“é como se o objeto de trabalho privilegiado da enfermeira fosse o próprio processo de trabalho... Nesse modelo a prática profissional da enfermeira é a mesma realizada pelo auxiliar, diferenciando-se apenas pela forma como é executada e pelas atividades administrativas da unidade de saúde, que o são pela enfermeira. Estas últimas são valorizadas pelos outros profissionais e pela instituição como mais importantes, confirmando de fato pesquisas sobre o tema.*

Assim, a enfermeira alienada, desprovida de poder, submissa ao poder médico e à estrutura macro-institucional em que se insere, se acomoda, aceitando todas as regras do jogo. A equipe de saúde se comporta da mesma forma e as alianças feitas estrategicamente são mais no sentido de defender a equipe. É como se existisse um pacto velado entre a equipe e a SMS: você (equipe) finge que trabalha (fica no CS, aberto durante oito horas por dia, cinco dias da semana, teoricamente atendendo à população) e eu (SMS) finjo que lhe pago.

Síntese do Trabalho de Enfermagem na Unidade de Tipo Tradicional

Não existe nesta unidade de tipo tradicional movimento de transformação do processo de trabalho. Os profissionais reproduzem as ações que reforçam práticas arraigadas ao modelo assistencial clínico, curativo e individual, sem considerar os aspectos epidemiológicos e coletivos da região da sua abrangência. As únicas atividades de prevenção são a de imunização e a de prevenção do câncer ginecológico.

O trabalho da enfermagem na unidade de saúde tradicional reflete, inserido no conjunto de outros trabalhos de profissionais de saúde (que não chegam a constituir uma

equipe), uma assistência totalmente desumanizada, em que predomina a falta de solidariedade, empatia, e o usuário é culpabilizado pelos profissionais, sendo responsabilizado pelos seus problemas de saúde e pela opção que faz, reafirmado o modelo predominante (Clínico). Este modelo dominante, considerado ineficiente, é precisamente aquele que se busca romper no processo de transição vivido pela rede básica de Juiz de Fora.

É preciso chamar atenção para o fato de que a administração geral desta unidade fica sob a responsabilidade da enfermeira, que, além do controle sobre o serviço de enfermagem, coordena o serviço de limpeza e o de marcação de consultas, mas não o atendimento médico e o dentário. Com relação ao trabalho do dentista e do médico o serviço de administração realizado pela enfermeira serve apenas para apoio, já que em nível institucional estes profissionais não são passíveis de qualquer tipo de supervisão. A única exigência que lhes é feita é a produtividade, controlada apenas burocraticamente pelo nível central, através do “boletim de produtividade”.

O discurso da enfermeira reflete uma postura alienada e comodista, determinada pela falta de informação e formação, limitando suas atividades a ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares à consulta médica ou odontológica. Mas os limites se referem também ao trabalho médico, que se restringe apenas às consultas médicas.

As relações sociais estabelecidas estão mediadas por duas categorias centrais: o corporativismo médico, que acaba determinando um corporativismo de todos os demais profissionais (corporativismo da equipe); e a alienação da equipe como um todo, que não tem o controle sobre a totalidade de seu trabalho. Em relação a elas existe uma omissão institucional, manifestada entre outras coisas pela falta de supervisão da SMS. Assim o trabalho dos profissionais em nível local é desinteressado, de má qualidade e não tem qualquer controle.

Cabe registrar como fator limitante as condições de trabalho, demonstrando a desvalorização do setor público (em função do modelo neoliberal) e o impacto que vem sofrendo o setor saúde, com a baixa remuneração e a marca que lhe foi colocada historicamente com a implantação de programas verticais, efêmeros ou descontínuos, refletindo sobre a atuação dos profissionais de nível local.

É de se registrar também, como elemento integrante deste modelo, a falta de participação, tanto dos usuários quanto da equipe, nas discussões referentes à política de saúde. As resistências dos profissionais desta unidade, como mostradas acima, seja no plano de suas decisões e/ou de suas ações, parecem estar totalmente em descompasso com o modelo que se deseja implantado no Município.

Resta perguntar qual é o verdadeiro impacto do serviço oferecido por esta unidade na saúde da população. Embora este estudo não tenha permitido uma avaliação na perspectiva dos usuários, que em última análise possuem uma visão de mundo diferente da dos profissionais, é extremamente significativo o fato de ser tão reduzido o movimento na mesma. É possível afirmar então que esta unidade se organiza apenas para atender às necessidades da SMS e dos profissionais que nela trabalham. O usuário fica em segundo plano, na condição de sub-cidadão, se levarmos em consideração os princípios propostos pelo SUS. A participação popular não é considerada. A unidade está totalmente desarticulada das necessidades de saúde da população.

Neste tipo de unidade, que se configura como “tradicional”, é possível confirmar alguns aspectos conclusivos encontrados por ALMEIDA (1991, p. 247-251) em trabalho realizado na rede básica de saúde de Ribeirão Preto. Assim, o atendimento é centrado na consulta médica e o modelo assistencial é o do pronto atendimento. A prática da enfermeira, bem como a dos demais profissionais, caracteriza-se como um trabalho auxiliar à consulta médica, sendo vinculada e dependente desta última. Essa prática pode ser considerada “fraca” como instrumento da saúde coletiva, na medida em que apenas visa a atender à demanda, sem considerar o seu grau de resolutividade. Assim, “*O Projeto de saúde coletiva fica mais distante ainda dos trabalhadores de saúde, como se não fosse tarefa também dos mesmos para ser refletida e realizada, também no cotidiano trabalho da saúde*” (ALMEIDA, 1991, p. 250).

Em suma, conclui-se que nesta unidade não existe qualquer movimento em direção a qualquer mudança: o passado (ainda presente) continua muito arraigado; a prática tradicional está sedimentada.

3.2 - O Trabalho de Enfermagem no Tipo de Transição: a convivência entre o “velho” e o “novo”

A unidade correspondente ao tipo “de transição” tem sua lógica dividida entre a do pronto atendimento, através da consulta médica (a mesma do tradicional), e a da promoção à saúde, com ações de vigilância à saúde. O atendimento está baseado principalmente na demanda espontânea. A assistência individual, com predomínio de ações isoladas dos profissionais, convive com a assistência a grupos e à comunidade, com um trabalho de equipe ainda incipiente. A enfermagem, nesta unidade, liderada pela enfermeira, assume um papel de destaque no processo de mudança.

Saúde Coletiva: as Distintas Concepções

Nesta unidade é possível observar uma evolução em relação às concepções dos profissionais da unidade tradicional. Amplia-se a visão de saúde coletiva, incorporando outros elementos na sua definição, ressaltando-se a preocupação de relacioná-los à prática.

Nos depoimentos das auxiliares destaca-se, em primeiro lugar, a identificação da saúde coletiva com a consigna da “Saúde para Todos” (propugnada pela OPS – OMS para o ano 2000). “*Saúde Coletiva é Saúde para Todos.*” AUX. ENF. 2.1.

Num outro depoimento, a saúde coletiva é colocada como uma força capaz de reunir e otimizar recursos para atender a problemas comuns.

“*Saúde Coletiva, é um tipo de tratamento que eles reúnem um certo tipo, é... quantidade de pessoa pra fazer um tipo, vamos supor um médico pra uma certa quantidade de pessoas, fazer um ... vamos supor reunir uma certa quantidade num salão e faz aquela reunião pra tentar ver se ... É, as vezes o problema de um 1, tem 3, 4 com o mesmo caso, de um só, mais ou menos assim.*” AUX. 2.3.

As falas dos médicos trazem os seguintes elementos constitutivos do seu entendimento sobre Saúde Coletiva: a dicotomia preventivo-curativo, com ênfase na profilaxia; a prática com o trabalho de grupos (que já ocorre na unidade); o aumento da sensibilidade com as condições de vida da comunidade e a situação socio-econômica da população; e o trabalho comum em equipe, visando à melhoria de qualidade de vida da

população. Apenas um depoimento de um destes profissionais resgata a Saúde Coletiva como uma responsabilidade maior do Estado. Assim temos:

“Eu acho que Saúde Coletiva é tipo de uma saúde preventiva, diferente da saúde curativa que a gente faz, entendeu? Eu acho que é mais prevenção, eu acho que o médico tem que atender, e tem que (né?), e fazer as consultas e tal. Mas eu acho que tinha que fazer um trabalho pra tratar dos hipertensos, pra dar higiene, mesmo cultura, educação, vacinação, eu acho que este é o caminho e não a medicina curativa igual a nossa. Eu acho muito difícil, [...] pelo tempo, né? Que isso demanda pela disponibilidade, que muitas vezes atrapalha, mas tem, eu acho que tem pelo menos com pequenos grupos, a gente tem grupos de hipertensos, tem grupo de diabético, tem grupo de gestante, tem grupo da criança, né?” MED. 2.1.

“É tentar aprimorar o possível à comunidade pra chegar num bem-estar, mesmo de profilaxia, orientação de tudo, pra ter uma condição, né? (...) de bem-estar (né?), Saúde é difícil. Saúde, é quando você tem tudo, né? Cê tem comida, cê tem casa, cê tem lazer, (né?) cê tem assistência, condição de comprar medicamento, né? Um lugar decente pra morar, entendeu? Uma coisa saudável, né? Escola para o seu filho, condição de...só isso não é? E todo mundo dessa forma, todo mundo vai ter saúde, todo mundo vai ter rede de esgoto, água tratada. E não a gente ficar aqui dentro atendendo consulta, né? Eu acho que tem que colocar uma equipe pra trabalhar dentro [...] e a equipe de fora é que vai drenar pra aqui dentro: a criança, essa precisa de consultar, essa não, essa aqui a gente vai resolver na casa dela mesma, e ter um grupo de apoio a comunidade, porque cê ficar aqui, falando, dando remédio, não acho que vai levar a nada não [...]. O problema é pagar o salário mínimo; tem que pagar o aluguel com 5 filhos, ninguém vai comer [...] Agora, deixar de comprar, por exemplo, um pão pro filho pra comprar uma escova de dente, uma pasta, não dá, né? O menino tem problema de pele ainda vai comprar sabonete de glicerina pra ele? Nem sabonete não compra..., ainda mais, de glicerina. Então, não sei, tem muita coisa que mudar, né? Meio revoltante (né?) ... essa situação.” MED. 2.3.

“Eu acho que saúde coletiva seria uma responsabilidade maior do Estado, vamos dizer assim, saneamento básico, dá condições de estrutura pra pessoa, é...água potável, esgoto, calçamento de ruas. Visando a saúde coletiva comporta, é... [esse

Centro de Saúde comporta outras atividades] *porque como educação pra saúde, dá palestras e orientação, sobre grupo de mães, orientar como cuidar da criança, higiene da criança, grupo de gestantes. Ai eu acho que deveria ser feito assim, trabalho de grupos, como a gente tem o grupo de hipertensos, e tinha o serviço preventivo, tinha palestra, acho que poderia fazer assim, eu vejo assim, nesse sentido, orientação também, sobre como guardar alimentos..., é higiene do ambiente..., eu acho que muita coisa poderia ser feito, mas eu acho que não é só no Centro de Saúde, isso poderia ser feito por outras entidades também, Centro de Saúde também poderia fazer o trabalho mais educativo, palestras, reuniões, grupos, estudo, poderia fazer sim.*” MED. 2.4.

Finalmente, os depoimentos da assistente social e da enfermeira, profissionais que se destacam nesta unidade por sua liderança no processo de mudanças, resgatam alguns dos elementos colocados anteriormente, situando-os num contexto mais geral e incorporando novas idéias. Ambas colocam a saúde da coletividade como um direito a ser conquistado; como um processo de múltiplos determinantes; e como um trabalho em saúde que tem que se transformar, assumindo uma forma mais coletiva:

“...a visão de saúde coletiva é você trabalhar a saúde enquanto, a partir desses determinantes, ou seja, quando você tiver atendendo individualmente uma pessoa, você tá com essa visão do coletivo, você, tá com essa visão de que aquela pessoa que você tá atendendo ali, ela não tá no ar, ela mora, ela come, ela tá situada. E também, de tá articulando essa pessoa com outras pessoas também, com outras pessoas que têm situação de vida similar a dela e que podem começar a se atentar pros seus direitos, pra coisas que ele querem. Então, eu acho, que é esse elo, é que eu acho que a maioria das equipes ainda não tem, sabe? De trabalhar a saúde de uma forma mais coletiva e entendida enquanto não um problema individual, mas enquanto um problema que vem sendo gerado, né? Por uma série de condições de vida da população.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

O depoimento da enfermeira é o que apresenta uma concepção de Saúde Coletiva mais rica, mostrando que é um conceito que se vem transformando ao longo do tempo e que possui um componente ideológico. Ela dá uma centralidade ao papel da população no processo de construção da saúde coletiva, destacando a contribuição da relação íntima entre sua prática e a participação popular. Refere-se ainda à importância da

territorialização, que delimitou a área de abrangência da unidade, o que permitiu traçar um perfil epidemiológico da população para tentar impactar efetivamente sobre seus problemas. Relaciona, ainda, as condições de saúde às condições de vida da população.

“...essa intenção a medida que houve a territorialização da área, que você delimitou a área de abrangência, começamos a descobrir quais são os fatores de risco que se tem ali no é um conjunto de medidas, isso olhando do ponto de vista d'um serviço de Saúde Coletiva, ou tem que ter um conjunto de ações, um conjunto de ofertas, vamos dizer assim (né?) à população, pra que ela venha a ter um estado de saúde e, que esse estado seja coletivo de saúde, vamos dizer, né? Bom, mas aí assim, a Saúde Coletiva é um bem que a coletividade tem direito e, é um bem que pra que se chegue a ele, cê tem que ter um serviço de saúde olhando o perfil epidemiológico dessa população pra tentar atuar efetivamente, impactar os problemas que a população ...

Para que se tenha Saúde Coletiva (né?), que é um bem da população por direito e tal, cê tem que ter uma área delimitada, porque cê tem que conhecer esse local que você atua, você enquanto profissional, né? É ... cê tem que saber que tipo de problemas que existem nessa área, quais são os fatores que podem interferir nas condições de vida da população e portanto, nas condições de saúde daquela população. É evidente que todos os fatores que vão acontecendo no meio, a forma como a população interage com o meio, todas as formas que podem levar ao agravamento de saúde da população, tudo isso tem que se trabalhar tendo em vista a saúde coletiva.

Porque realmente, cê tem uma série de dificuldades em tá implementando isso ... A gente tem tentado e eu, como enfermeira, na minha prática especificamente tenho tentado. E a questão participação popular pra mim, ela é uma das coisas importantes nessa análise, de quê que é a questão da Saúde Coletiva, de como é que cê faz pra chegar até ela, entendeu? Eu acho que é uma das coisas que eu tenho feito que mais aponta pra isso, na medida que cê informa a população tenta colocar a população interagindo com o serviço de saúde, pra que ele tenha não mais, e sim que ele tenha qualidade, né? Então, eu acho que isso... é tá pensando em Saúde Coletiva, você tá estimulando a população pra tá pensando na questão da saúde da coletividade ...

Agora, o direito àquele serviço de saúde ali, ele não tá preparado provavelmente por uma série de fatores, eu acho que já tá claro em tudo que eu já falei,

pra ir em direção à saúde da coletividade, eu acho que ainda tem que batalhar muito, muita (...) pra se chegar ao ponto de ir em direção a isso e portanto, conseguir; o que é parecido com uma utopia, mas que a gente pode tentar realizar um sonho..., gostoso de buscar. Prá mim foi um conceito que foi se transformando ao longo do tempo. Eu já confundi saúde coletiva com saúde Pública. Saúde coletiva é uma coisa muito ampla, muito mesma, onde todos os profissionais trabalhadores da saúde atuam, seja em qualquer instância for, só que cê tá tratando do coletivo não do individual só. [...] Eu não tenho esses conceitos ainda muito claros na cabeça. Saúde coletiva encerra tudo que diz respeito à saúde da coletividade, desde o aspecto de como vive, como nasce, vive, morre uma pessoa, até o conjunto dessas pessoas. E portanto, o trabalhador de saúde tem uma interferência em todas essas instâncias da vida. [...] Muitas vezes desconsidera-se o papel que tem a própria população na saúde coletiva. [...] Essa discussão é muito ideológica.” ENF. 2.1.

O SUS

A grande maioria dos médicos desse unidade considera que a idéia do SUS é boa, mas na prática não está funcionando. Alguns associam o sucesso do SUS a elementos como prevenção e qualidade de vida da população. Todos eles, sem exceção, associam o SUS às suas próprias condições de trabalho, traduzindo-as em três “barreiras”: encaminhamentos, exames, e medicamentos.

“A idéia [do SUS] é ótima, eu acho excelente, só que não tá funcionando ainda, né? Eu acho que por enquanto é propaganda enganosa. Excelente, se você conseguiu realmente (né?) descentralizar, evitar fila lá embaixo (né?), fazer os encaminhamentos... Ter tudo que o SUS propõe mesmo tá muito longe de acontecer, a gente ainda tá falando, esse posto ainda é privilegiado, ainda pode dar algumas condições melhores pra população, mas o resto é muito ruim, pro médico e pro usuário. Pro médico [...] é o seguinte: na hora que você precisa de um exame complementar..., agora, até tá começando a mudar, mas assim, [...] o exame não ficava pronto ..., o usuário ficava indo 2, 3 vezes lá em baixo e voltava e não conseguia. Às vezes, se fosse uma urgência, ele acabava se perdendo nesse meio e não sabia direito onde ia. Agora, tá começando a direcionar um pouquinho a coisa da organização da Secretaria de

Saúde mesmo, eu acho que é isso mais vontade política, eu acho que agora eles estão começando a direcionar.” MED. 2.2.

“A visão..., eu acho que é bem deficiente ainda, eu acho que tem muita coisa pra chegar no platô, né pra todo mundo, cê tem muita barreira, cê não pode pedir todos os exames, cê não pode encaminhar todo dia, cê, né? Então, não tem gente pra atender esse povo, não te medicamento, entendeu? As pessoas, às vezes, na maioria, igual eu te falei, faz uma puericultura? Uma coisa decente, né? Porque ao mesmo tempo que fala que é único de saúde bem feita, e a criança não adocece, não precisa de remédio, mas naquelas que não fazem, [...] aquelas que têm problemas, [...] em casa, às vezes, um monte de moscas, cigarro, né? Um montão de coisa, a criança vive doente, e o remédio daqui, às vezes, não tem. Que adianta cê consultar bem, cê explicar se não vai conseguir, ela não vai mudar da casa molhada porque ela não tem pra onde ir, ela não vai ter fruta pra dar todo dia, carne, verdura, a gente explica outras coisas que pode ser dadas, mas às vezes, a pessoa resiste muito, e você não tem como cobrar isso todo dia, eu acho que tem pouca atuação, muita proposta e pouca atuação, né? No sentido da prevenção da doença, que o SUS, eu acho que tem que prevenir, eu acho que não tem que ficar tratando doença, doença tem que ser prevenida, não pode ficar deixando adoecer, né? O problema das pessoas que moram aqui em cima, não tem água, não tem rede de esgoto, não tem luz, não tem onde morar, como é que essa criança vai ficar com a saúde, né? Não tem jeito, então, que adianta?” MED. 2.3.

Aparece também, no depoimento do médico, um movimento anti-SUS, ressaltando suas condições de trabalho, principalmente a baixa remuneração concedida ao médico e aos hospitais pelo atendimento:

“Olha, eu pra ti ser sincero, eu acho o SUS triste, tanto para o paciente quanto para o médico, triste. Primeiro, que ele não dá nenhuma condição pro médico trabalhar, tá? Segundo, remunera o médico pessimamente mal, terrivelmente, tá? Então ..., eu tô vendo isso porque eu trabalho a 12 ou 13 anos em ambulatório, e eu tô vendo cair, piorar cada vez mais a condição que o médico é mal remunerado, né? Os hospitais não querem continuar dando assistência ao SUS, certo? E o paciente acaba sendo mal conduzido, por causa disso, porque ele não oferece ao paciente as condições, cê pede um exame que você quer, 3 meses depois, o paciente volta aqui

dizendo que não conseguiu o exame, tá? Isso a prefeitura ainda tem tentado melhorar, pelo menos os exames básicos tão vindo com certa frequência...Eu acho que piorou... Eu acho melhora nenhuma, e agora com essa propaganda, procure o SUS, procure, não vi melhora nenhuma. Nem pro médico, não vi nada de melhora não, apesar do problema econômico ser vital, né? Apesar deles tentarem melhorar, mas até agora, não vi melhora não.” MED. 2.1.

Reforçando a idéia anti-SUS, o médico relaciona a municipalização ao repasse de verbas como mera burocracia, concluindo que o problema é a insuficiência de recursos no setor para beneficiar efetivamente a população:

“Eu acho que ele não funciona, Sistema Único de Saúde, eu acho que esse negócio de repasse de verba pros municípios, eu acho que só criou possibilidade de distribuição de dinheiro, entendeu? É o Governo Federal passa pro estado que passa pro município, é... assim na prática, eu não detectei benefício nenhum pra população, em termos de melhor assistência médica, odontologia, medicação, eu não notei melhora nenhuma, aliás, eu acho que a Saúde Pública no Brasil, tá quebrada”. MED.2.5.

Inicialmente, a universalização não foi vista como um fator positivo pela própria população da área de abrangência da unidade, que de uma certa forma previa a sobrecarga para os serviços, como explica a assistente social:

“Ah, mas esse negócio ... “ o Conselho falando, né? “...esse negócio de ter passado assim, todo mundo ter direito ao INPS, aí piorou porque aumentou demais...”A questão da universalização do atendimento, questionando isso, como isso uma coisa ruim. Aí, nós começamos a discutir com eles, quer dizer, é errado a população como um todo ter direito ou é errado você aumentar o número de pessoas que passam a ter direito mas não dá infra-estrutura pra isso? Porque hoje a gente vê que o governo quer justamente é provar isso, sabe? É gente demais. Nós temos condição ? Então vamos começar a excluir, excluir, excluir...” ASSIST. SOCIAL 2.1.

O acesso universal às ações de saúde, garantido juridicamente, tem como oposição a estrutura atrelada aos imperativos privatistas; o aumento da clientela não acarretou, como seria de se esperar, um aumento dos investimentos do Estado na oferta de serviços (VELLOZO & SOUZA, 1993, p. 101-102).

Mas, apesar disso, foi possível notar uma certa confiabilidade da equipe e da população no SUS. As pessoas parecem enxergar um pequeno avanço, traduzido pela universalização do atendimento, que é entendida como direito:

“se você não pagasse o seu INPS separado você não tinha direito. Você tinha aquelas carteirinhas, cê tinha que revalidar, aquelas coisas todas. Hoje em dia não, hoje em dia todos têm direito, né? Sem diferença de classe, de cor [...] Então todo mundo tem direito ao tratamento à saúde ...então eu acho que isso é uma coisa muito importante do SUS.” AUX. ENF. 2.1.

Complementarmente à universalização destaca-se no depoimento de um usuário a possibilidade do acesso a todos os níveis de assistência:

“Sabia que existia o SUS, eu vi na televisão isso e aquilo tudo, mas não poderia imaginar que, vamos supor, o Posto de Saúde, por exemplo, se a criança tem um problema sério, ele mandasse encaminhamento pra outro lugar.” USUÁRIO 2.5.

O grau de satisfação dos usuários entrevistados pode ser traduzido também por expressões como: “tem sempre pediatra, ginecologista, clinico geral; funciona em três turnos de atendimento; muitas vezes tem medicação”. Essa satisfação pode ser constatada também através da observação participante. Destaca-se no depoimento a seguir, a perfeita noção da universalização como direito e da possível acessibilidade aos recursos diagnósticos mais sofisticados, o que é entendido como uma boa novidade:

“ SUS prá mim, é um órgão que, pelo menos prá ajudar a população ..., eles têm tentado fazer um trabalho bom, né? Eu não sei se vai ..., se esse trabalho vai continuar, né? Igual por exemplo ..., agora essa marcação de consulta do SUS. É... assim ajudando a todo mundo Porque o pessoal antes, não tinha esse privilégio que têm hoje não. Por exemplo, se você não pagasse o seu INPS separado, você não tinha direito. Você tinha aquelas carteirinhas, cê tinha que revalidar, aquelas coisas todas. Hoje em dia não, hoje em dia, todos têm direito, né? Sem diferença de classe, de cor (...). Então todo mundo tem direito ao tratamento à saúde ..., então eu acho que isso é uma coisa muito importante do SUS.” ...Já, eu já vi uma pessoa, por exemplo, era até uma vizinha minha ..., ela foi fazer uma exame de laser em Belo Horizonte, que era caríssimo e aqui não fazia de jeito nenhum. E o SUS conseguiu pra ela o exame” AUX. ADMINIST. 2.1

Mas a universalização, na realidade, pode apresentar limites quando se trata de ter acesso a um serviço mais complexo, de alto custo, passando a ser uma universalização limitada:

“ ... pelo que eu conheço lá embaixo, que eu já trabalhei lá, o médico faz o pedido do ultra-som [...] tenta marcar pra tal dia e demora atender, tem vez, que demora um mês. Nem uma emergência, que eles falam que não tem jeito, que o SUS não tá pagando, eles falam assim mesmo, também né? Que o SUS não paga, aí a pessoa fica como? Pobre não tem vez, né?... Não tem, porque como vai pagar? Não tem condições de pagar não. Uma ultra-sonografia, tipo uma ultra-sonografia, o que eu fiz ontem, tava 70 reais. Não tem jeito. Quem vai pagar 70 reais por uma ultra-sonografia? Isso eu paguei ontem, e o pessoal? Pra marcar tal dia, e olhe lá se vai conseguir. Esperar vaga, virada mês, porque dia primeiro, tinha aquele filão lá ...pra marcar. É crítico, né?” AGENTE ADMINIST. 2.1.

A assistente social desta unidade incorpora importantes e novos elementos à discussão do SUS. Segundo ela mesma, o SUS traduz a idéia da reforma sanitária, apresentando avanços significativos na sua legislação. No entanto, enquanto de um lado existe um grupo de pessoas tentando implementar o SUS, de outro existe uma política neoliberal que preconiza exatamente o contrário, propondo a privatização e a diminuição da ação do Estado. Outros pontos por ela ressaltados são: o problema do financiamento e do repasse de verbas; a saúde ser assumida enquanto responsabilidade do Estado; a mudança da referência clínica para a epidemiológica; e finalmente a ação conjunta dos profissionais e da população na luta pela saúde enquanto condições de vida e pela qualidade do atendimento prestada pela Unidade de Saúde.

“...O SUS, ele é só um ideário da reforma sanitária, mas que na prática nunca vai acontecer etc e tal. E a gente fez a discussão [...] no trabalho [trabalho de conclusão de curso de especialização] sobre a questão do neoliberalismo, do avanço do neoliberalismo no país e de como que isso vem comprometendo o SUS, e pode comprometer ainda mais. E sabe que a política neoliberal é justamente o contrário do que preconiza. Isso vem comprometendo o SUS, e a gente acha que pode comprometer. Quer dizer, se você pega a legislação do SUS, cê vê assim, eu pelo menos o que eu tenho a visão, é essa. Já vi algumas pessoas dizerem que tem que tem que rever uma

série de coisas na própria legislação do SUS, eu não sei... Eu considero que houve avanços realmente muito significativos a nível de legislação do SUS. Acho que algumas coisas são completamente complicadas, quer dizer, se tem livros hoje pra discutir o artigo 35⁴⁷ lá da lei, né? Porque, até hoje, como é que vai ser o repasse de verbas? E perfil epidemiológico? Aquela discussãozeba toda, que é uma coisa complicada a questão do financiamento. Mas eu acredito realmente que tem que essa coisa do poder público assumir a saúde enquanto responsabilidade deles sim, sabe? Parar com essa coisa, que parece que a gente tá falando chavão: “saúde enquanto direito”, mas é mesmo enquanto direito mesmo, dever do Estado mesmo, quer dizer, isso tem que ser implementado. Agora, eu defendo o SUS, enquanto essa questão dessa responsabilidade, realmente do setor público, tá com a saúde, essa discussão da prevenção, essa discussão de você ter uma outra referência, que seria a epidemiologia, né? Parar com essa coisa de referência na clínica, né. Isso tudo, eu acho que são pontos que tem que ser ressaltados no SUS. Agora, eu acho que ele estava numa coisa muito maior, né? Essa questão política maior que a gente tá enfrentando. Então, o que eu acho é isso. Existe de um lado, um grupo de pessoas tentando isso, a nível do País implementar o SUS, e tem um grupo enorme tentando mostrar que não é por aí, que querem, é privatizar, é diminuir mesmo ação do Estado e tal. Como é que vai ser o resultado disso, eu não sei. Agora que eu sei ... que a população tem um papel fundamental e, se nós, profissionais de saúde, a gente não começar a trabalhar com eles a questão da prevenção, a questão de saúde, enquanto condições de saúde, de vida, [...] questão mesmo da qualidade do atendimento prestado pelas Unidades de Saúde, eu acho que a gente só vai tá contribuindo pra regredir o SUS e pra provar ainda mais, esse precário atendimento que a gente já tem...” ASSIST. SOCIAL 2.1.

O depoimento da enfermeira refere-se ao SUS, em primeiro lugar, como resultante de um longo processo histórico, chegando à noção de direito garantido legalmente, tendo como entraves à sua implantação fatores políticos, econômicos e culturais:

“Eu ainda estou vendo o SUS como a resposta mais viável, mais é ... cabível como resultante de um movimento longo que vem de muitos anos atrás; e vejo o SUS

47 O artigo 35 trata do recursos para o financiamento do SUS.

hoje como uma coisa muito simples assim, é o que eu falo pras pessoas: o quê que é o SUS? O SUS, tá na Constituição, é um direito garantido das pessoas. O sistema hoje é único, todo mundo tem acesso, entendeu? É preciso que haja participação das pessoas, entendeu? O cidadão tem que tá participando se ele quiser ter as coisas [...] Percebo que o SUS tem uma série de entraves, uma série de dificuldades pra que exista realmente um sistema unificado de saúde e tal, com as características que tem que ter e tudo, por uma série de questões políticas, econômicas, culturais ... e por aí vai, né? Que impede que se viabilize de uma hora pra outra. Mas eu sinto que ... no próximo século, as coisas vão ficar melhores e que o SUS, o SUS, o ganho que se teve por ele tá na Constituição garantido legalmente. Há de aparecer, no início do século, uma onda de que a lei tem que ser cumprida, tem que acontecer isso, né? Ainda que essa lei vá mudando, que a população tem capacidade pra alterar isso tudo, né? Eu tenho certeza que é o caminho...” ENF. 2.1.

Em outro momento de depoimento, a enfermeira preocupa-se em relacionar o SUS a uma prática, mostrando que ele está presente, mesmo que de forma latente. E finalmente, faz referências à conscientização da população com relação à saúde enquanto direito.

“É, eu acho que [o SUS] tá no Centro de Saúde sim, já de alguma forma, mas que tá muito... ainda está latente, vamos dizer assim, né? Se você pensar na ponta do sistema, no local, que é lá o local que você tá atendendo, não tá claro para a população uma série de coisas, não tá claro como funciona o SUS, a gente sabe disso. Não está claro os direitos que ela tem garantidos neste “Sistema Único” que tá na Constituição, que tá determinado [...], que tá nas leis, na 8080, 8142. Agora, aqueles detalhes todos que tão na lei que são interessantíssimos, é bom, né? Cê sente um prazer de ler aquilo. Nossa, tá aqui na lei!, né? Agora, tá se fazendo realmente? ... eu acho que pelo menos é legal saber que a gente tá batalhando pra que se faça. Pelo menos isso que tem de bom, que a gente tá batalhando pra isso, porque tem muitos profissionais batalhando pra isso. Apesar de ter maus salários e tal, tá batalhando. E a população tá começando a conhecer, devagarzinho, mas tá começando a conhecer, tá começando a saber, tá começando a entender como um direito dela e tal.” ENF. 2.1.

Há ainda aqueles que relacionam o SUS com os Conselhos de Saúde:

“SUS, é...coisa de saúde, né? Conselho de Saúde, modo da gente tratar, né? É o SUS. Cobrava assim, né? Médico. Horário de chegada de médico, das enfermeiras mesmo. Sempre a gente tinha, uns mais assim ..., até costumava a brigar mesmo. Tem um que até hoje é do Conselho de Saúde, ele gosta mesmo é de brigar, sabe?”

USUÁRIO 2.1.

“conselho de saúde, que auxilia os funcionários do Centro no atendimento da comunidade, porque conhece melhor as pessoas e fazem reuniões periódicas...”.

USUÁRIO 2.6.

A Relação com a População – o Uso dos Instrumentos Formais

Nesta UBS a relação estabelecida com a população é compreendida como essencial. É importante ressaltar que as informações solicitadas pelos usuários aos profissionais da unidade, principalmente à equipe de enfermagem, são muito valorizadas. Em geral, dispensa-se muita atenção à população que procura informação. O entendimento é que a presença do usuário na unidade deve ser sempre aproveitada no sentido de acrescentar alguma informação ao conhecimento que ele já tenha. A atividade de sala de espera realizada pelo enfermeiro e assistente social mostra isto:

“A sala de espera é uma atividade que ocorre todos os dias, 2 vezes pelo menos, por dia; onde a gente discute questões ali do momento ou então até programa..., durante 1 mês discute a questão campanha de vacina, o que é vacina...”.

ENF. 2.1.

Mas esta valorização vai mais além, a unidade trabalha com a participação popular⁴⁸. O entendimento é de que os usuários precisam de instrumentos para melhor enfrentar os embates do setor saúde. Assim, a população deveria ter conhecimento sobre SUS, sobre modelo epidemiológico e sobre inversão do modelo assistencial para que ela possa tornar-se parceira dos profissionais na luta pela mudança:

“A população tem um papel fundamental e, se nós, profissionais de saúde, a gente não começar a trabalhar com eles a questão da prevenção, a questão de saúde, enquanto condições de saúde, de vida, sabe? A trabalhar com eles, questão mesmo da

⁴⁸ Após vários anos de luta pela democratização e descentralização do Estado na Saúde, os setores populares conseguiram, através da Constituição de 1988 (Lei 8142/90), garantir a participação popular no planejamento, execução, avaliação e controle das práticas públicas na área da saúde.

qualidade do atendimento prestado pelas unidades de saúde, eu acho que a gente só vai tá contribuindo pra regredir o SUS e pra provar ainda mais, esse precário atendimento que a gente já tem...“essa discussão da prevenção, essa discussão de você ter uma outra referência, que seria a epidemiologia, né? Parar com essa coisa de referência na clínica, né. Isso tudo, eu acho que são pontos que tem que ser ressaltados no SUS.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Esse entendimento de participação popular vem ao encontro da idéia de controle social através da presença de ações organizadas da sociedade, idéia na qual se inspira a formação dos conselhos de saúde, *“por oposição ao controle privado ou particular, exercido pelos grupos de maior influência com a presença de diferentes segmentos sociais, em especial daqueles tradicionalmente excluídos”* (CARVALHO, 1995, p. 27).

Ainda nesse sentido, destacou-se uma “nova atividade” exercida conjuntamente pelas assistentes sociais e enfermeiras: a atividade de assessoria. Essa era prestada aos conselhos locais da área de abrangência da unidade e aos demais conselhos da região sanitária, incluindo-se o Conselho Regional⁴⁹. O trabalho era realizado juntamente com uma enfermeira e uma assistente social de outra unidade da região, através de reuniões noturnas, fora do horário de trabalho dessas profissionais. As mesmas recebiam pelas horas extras trabalhadas. Cabe ressaltar que essa atividade era a mais valorizada pelas duas profissionais da unidade:

“Eu considero a assessoria dos conselhos de saúde uma coisa fundamental. A gente costuma dizer que é as meninas dos olhos, porque é um trabalho, pra gente, essencial.... Porque não é só pela formação dos conselhos, porque era uma exigência legal, porque de lá tinha que tirar representantes para o Conselho Municipal, e tal, mas porque através dos conselhos a gente tem tentado inclusive fazer educação para saúde...Os conselhos têm compreendido assim também, (né?) tem pedido isto também, de que o conselheiro, ele é um agente de saúde potencial, vamos dizer assim. Não nesse modelo institucionalizado..., mas ele é um ator importantíssimo nessa estória da saúde e na prevenção de doenças e tal.” ENF. 2.1.

A assessoria aos conselhos é aproveitada como oportunidade para a educação em saúde, com finalidade completamente distinta da que foi detectada por GONÇALVES,

49 Este Conselho é composto pelos cinco Conselhos Locais existentes na região.

ao estudar o trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde de São Paulo: “ *A finalidade do trabalho parece uma estranha quimera; educa-se sem esperança de que se possa modificar o educando porque ele permanece sendo o que é, e aquilo que é determina sua necessidade de ser perpetuamente educado*” (GONÇALVES, 1994, p. 233). Na unidade estudada educa-se visando ao conhecimento indispensável à reformulação de atitudes, sabendo que a mudança configura-se como um grande desafio. A pretensão é tornar cada agente um multiplicador de informações necessárias à melhoria da qualidade de vida. O depoimento da enfermeira mostra um exemplo:

“O Senhor Osnil fazia parte do grupo de hipertensos junto com a esposa dele que já faleceu, Dona Natalicia. E ele era um hipertenso assim, que tinha problema respiratório, não trabalhava mais, era aposentado, tava em torno de 65 anos na época. E aí, quê que acontecia? ...a gente fazendo grupo, discutindo tudo no grupo, a gente não discutia só hipertensão, a questão da aposentadoria, tudo que partia deles a gente discutia e o S. Osnil sempre cabisbaixo, só ouvia bem calado ...O senhor Osnil sempre no grupo de hipertenso, que era permanente, tá? Um dia, fazendo consulta de enfermagem a gente questionou “...mas seu Osnil, o senhor tem que se animar mais pra vida, seu Osnil!” Ai ele começou a revelar: a minha dificuldade maior não é nem a doença não, é porque eu parei de trabalhar, eu briguei, larguei o serviço, já era aposentado, mas eu trabalhava, ...enfim, ele tava acabado pra vida. Mas a gente continuou a investir no S. Osnil e no resto do grupo. E quando da primeira eleição, um dos grupos que a gente foi batalhar pra que surgisse alguém interessado em ser conselheiro de saúde foi o grupo de hipertensos. Então, daquele grupo surgiu o Sr. Osnil, D. Lourdes e a Vera, eram 3 pessoas no grupo. A Vera e o S. Osnil estão até hoje. Então, na segunda gestão do conselho, a D. Lourdes não deu mais, tinha que tomar conta de neto, mas foi uma pessoa que cresceu muito e inclusive, tem a hipertensão controlada; os 3 têm a hipertensão controlada hoje em dia. E o Seu Osnil que não tinha emprego e pá...pá...pá, ele virou conselheiro, ele foi crescendo, crescendo.... Então hoje, ele é assim, hoje ele faz a abertura das reuniões do [Conselho Municipal de Saúde] CMS, onde ele faz o seguinte, ele diz o seguinte... ele não tem cultura pra falar e tudo, mas tudo que ele fala a gente nota o nosso dedinho lá, como se a gente estivesse ensinando mesmo. A convivência com a gente, hoje cê vê o seu Osnil

falando, ele fala mais ou menos, o nosso discurso, entendeu? Só que assim..., tem um monte de dificuldades...mas ele sabe falar de direito conquistado na Constituição, ele nem sabia de Constituição na época, entendeu? Ele sabe falar o que tem na Lei, na 8080, 8142, ele sabe quais são as características que o SUS tem, ele sabe qual é o papel dos membros da equipe, ele sabe uma série de coisas, ele demonstra isso nas falas dele e ele garante a fala dele em tudo quanto é canto que ele vai. Por exemplo, teve a Segunda Conferência Municipal de Saúde esse ano. Ele teve presente o tempo todo, ele faz a abertura dele, e aí a abertura dele é através de uma oração, ele tem mania de rezar, ele é católico e tal, só que ele aproveita e fala: "...eu quero fazer uma oração...", só que ele fala um monte de outras coisas que tem um conteúdo político, entendeu? Ele fala: "... agora vamos orar", ele não deixa ninguém falar antes, ele pede a todos nós para fazermos a prece..., sei lá, quem tá organizando, olha..., a minha palavra " qui... qui... qui..." , com aquele jeitinho dele, rindo, né? A minha palavra tá garantida, tá? O Secretário de Saúde tem uma resistência pra aceitar que ele fizesse a oração no início das reuniões do conselho municipal, que foi um horror, mas no final todo mundo leva na brincadeira e ele continua fazendo as orações. As orações constituem falar o seguinte: 'Então vamos agora pedir um momento de silêncio a Deus, de proteção de Deus, pra que as reuniões aqui aconteçam com muita paz, com muito amor...', começa isso. Depois ele vira e fala: '...pra que a gente possa fazer as coisa com muita consciência do que a gente tá fazendo, porque o povo brasileiro não tem consciência do que tá acontecendo com ele, a gente precisa batalhar pra que a população participe das coisas que a gente faz'...Então ele vai assim." ENF. 2.1.

Podemos concluir com esse depoimento que o conselheiro da unidade, através da sua participação no Conselho, obteve uma melhora significativa na sua qualidade de vida. Hoje ele é um cidadão inserido politicamente na sua comunidade, que conseguiu resgatar-se como pessoa, além de melhorar sua condição de saúde.

Na visão dos profissionais, portanto, uma visão interna da equipe, o CLS se envolvia com os problemas da comunidade, tendo em vista o trabalho contínuo realizado pela assistente social e a enfermeira. Esse consistia principalmente em: tentar estimular os conselheiros na representação da população, buscando a sua conscientização sobre condições de vida e saúde. Ambas se sentiam gratificadas profissionalmente pelos

avanços que vinham sendo alcançados pelos conselhos, como por exemplo a presença de um conselheiro local eleito como membro do Conselho Municipal de Saúde, como mostrou no depoimento anterior. Existia satisfação com o processo de participação popular, que na realidade não era linear, apresentando avanços, retrocessos e limites.

Torna-se importante registrar que a enfermeira valoriza mais o usuário que o conjunto dos profissionais da unidade. Além da observação realizada, o depoimento a seguir reforça essa valorização:

“A enfermeira, ela labora muito mesmo por aqui, sabe? Muito mesmo, e inclusive, eu gostei, particularmente, do jeito dela tratar o povo, entendeu? Tratar a comunidade ..., ela é assim [...], ela é o povo, entendeu? Ela é o povo. Então tudo que diz respeito a comunidade, ela tá sempre junto ali, entendeu? Pra ajudar, pra ajudar no que ela pode, em tudo ela vai na luta junto com a gente, em tudo.” AUX. 2.1.

Reforçando a relação com a população, as enfermeiras e assistentes sociais das unidades da região ajudaram os conselhos locais de saúde na edição de um jornalzinho para a comunidade, denominado “Cá entre nós”. Infelizmente essa iniciativa foi abandonada devido ao desinteresse dos conselheiros em buscar patrocínio para o mesmo. A SMS assumiu apenas a primeira edição, número 1, ano 1, julho/agosto-1995. O objetivo do mesmo era informar a população sobre questões relacionadas à saúde, priorizando as necessidades da região.

O Trabalho Fora do Solo da Unidade; as Articulações a Partir da Área de Abrangência

O trabalho esporádico realizado nas escolas, considerado importante por sua vinculação à prevenção, era também atribuição da assistente social e da enfermeira:

“Tem esse trabalho da escola, que a escola vem demandando, as crianças... mandaram um monte de bilhetes pra gente; porque os da 4ª série hoje, eram os da 3ª do ano passado, que não tiveram, e muitos deles, que eu acho que, apesar das limitações do trabalho, gostaram, porque o tema sexualidade não é assumido, nem pelos professores, nem pelos pais. E a gente discutir desde masturbação até método contraceptivo de acordo com o interesse de cada turma, né? É da idade e de um monte de coisa. Então, foi um trabalho que eles demandam até hoje, e a gente, nós não tivemos ainda condição de assumir, porque é um trabalho, que demanda preparação,

tem que ter um horário pra ir lá, tem que encaixar isso dentro do horário do professor. Tem uma série de limitações.” ASSIST. SOCIAL.2.1.

Existem outros trabalhos esporádicos com a comunidade, como por exemplo o trabalho⁵⁰ feito para eliminar a grande quantidade de ratos em uma determinada área de invasão da área de abrangência. Esse tipo de trabalho depende de uma série de fatores e não é fácil de ser realizado pela falta de infra-estrutura da unidade. Foi realizado pela enfermeira, a assistente social e uma das auxiliares de enfermagem, além da colaboração da enfermeira e da assistente social de uma outra UBS da região. Houve também apoio técnico e logístico da Superintendência de Epidemiologia – Divisão de Zoonose, que forneceu inclusive panfletos informativos sobre os problemas relacionados a esses roedores. Foi providenciado ainda um carro de som com um outro órgão da Prefeitura, para a assembléia popular que foi realizada em um largo central dentro da área de invasão. O depoimento a seguir esclarece:

“A quantidade de ratos no local é muito grande, a pobreza é grande demais. As criancinhas que têm morrido tem sido dessa área e tal. Então, nós vamos fazer um trabalho junto com o veterinário [...] pra discutir com a população, se eles querem alguma intervenção do tipo matar rato. Que a gente sabe que não resolve, que existe uma série de outras ações que têm que ser feitas, que eles têm que trabalhar por ela, a gente quer estimular pra isso (né?), mas que tem pra matar o rato. Existe o remédio lá na Secretaria de Saúde embora não seja essa a conduta que eles querem ter para sempre, mas tem o remédio lá, se a população quiser tem como matar o rato no momento. Mas nós queremos com isso uma discussão maior de como é que faz para melhorar a questão do saneamento ali, entendeu? A questão do lixo, a questão da rede de esgoto, porque está precaríssima. É um local que não é urbanizado, mas por uma série de movimentos de políticos interessados em se reelegerem, conseguiram que lá tenha luz elétrica, tudo assim, cheia de gato e tudo, tem luz elétrica, já tem água e tem rede de esgoto. A água tem os canos todos por cima da terra, porque é mais fácil se estragar, é mais fácil de se arrumar. Então tem por cima da rua, nos caminhos, tipo ruas, você tem fio de luz, a rede de esgoto, tudo passando por cima, dá pra você ver tudo. Então, é uma região precária, que a gente pretende um trabalho maior ali,

50 Trabalho realizado por quatro profissionais: enfermeira e assistente social da unidade estudada e enfermeira e assistente social de uma outra unidade localizada na mesma região sanitária.

entendeu? Nós vamos começar por aí, através dos ratos. Nós estamos com a reunião do rato já marcada...É, nós estamos providenciando aparelhagem de som. Tem uma questão aí também que não é tarefa nossa, mas a gente tem que providenciar tudo se a gente quiser [fazer alguma coisa]. Por exemplo, não é ir lá fazer uma palestra para a população não. É providenciar o local, o carro de som, porque vai ter que ser em local aberto, porque não tem onde reunir com as pessoas. E nós achamos que o melhor é fazer lá, porque no Centro de Saúde não vai dar certo porque é um pouco distante e não é o meio deles (né?), eles se sentem bem discriminados por ser área de invasão. Então nós vamos fazer lá, já tem o ponto, nós achamos lá uma baixadinha que é ótimo pra isso, mas tem que ter o carro de som, que nós temos que ir atrás. Vamos ter que imprimir o material pra dar pra eles, se eles quiserem realmente matar o rato. Nós vamos ter que discutir com eles como tratar porque vai dar o veneno pra matar o rato e eles vão ter problemas, porque pode ter ingestão desse veneno por animais domésticos e até por crianças, né? Enfim, nós vamos iniciar esse trabalho lá com eles.” ENF. 2.1.

As duas profissionais (enfermeira e assistente social) se referiram à tentativa de realização de uma pesquisa interdisciplinar envolvendo a enfermeira e a assistente social de outra unidade da região, tendo como orientadores professores da UFJF. A tentativa foi isolada e não contou com o apoio institucional. Ambas já realizaram trabalhos utilizando a unidade como referência. A atividade de pesquisa estava na fase de projeto, apesar das dificuldades encontradas para a sua elaboração, sendo a falta de tempo e de apoio institucional os grandes fatores limitadores para sua continuidade:

“A gente (enfermeira e assistente social) trabalha com a pesquisa, sonha com a pesquisa, deseja a pesquisa, imagina a necessidade dela, a possibilidade dela, o quanto ela vai ser importante ...mas a gente não consegue caminhar, que a gente dá conta de todas as outras coisas, como é que nós vamos ser pesquisadores? Mas não que nós deixamos essa prática de lado, que ela é menos importante, que as outras são prioritárias!”. ENF.2.1.

Esta não é teoricamente uma atividade nova. Entretanto, a novidade que se insinua é o caráter interdisciplinar: diferentes profissionais da unidade procuram como orientadores professores da UFJF para a orientação. A pesquisa é encarada como um desafio necessário.

Caracterização da Unidade e de sua Área de Abrangência

A Unidade de Saúde foi inaugurada em 1982. Localiza-se perto de um posto policial e de um ponto de ônibus. É a única unidade que funciona oficialmente de segunda a sexta-feira, das 7 às 21h, com três turnos de atendimento (manhã, tarde, noite); na prática, 7 às 19h. Estima-se que a população pertencente à sua área de abrangência seja de 10.257 hab. (segundo censo de 1991). Havia matriculadas 3.675 famílias até dez. 96, o que representava uma boa cobertura aos usuários da região. No entanto, não possui referência próxima para assistência de maior complexidade, já que a previsão para a construção de cinco unidades regionais (gestão 93-96), que funcionariam como porta de entrada 24 horas por dia para o suporte às unidades básicas, não se efetivou.

Quase toda a população dispõe de lixo coletado e serviços de água e esgoto, à exceção das áreas de invasão, que apresentam condições contrastantes: barracos precários, vulneráveis a desabamentos, sem rede de água, luz, esgoto.

No que se refere à renda da população, esta é heterogênea, observando-se que a média da renda familiar fica em torno de dois salários mínimos, segundo os profissionais da unidade.

Em relação aos recursos sociais, a região onde está localizada a unidade possui: escolas (do pré-escolar à 8ª série), igrejas, centro espírita, posto policial, telefones públicos, estabelecimentos comerciais, entre eles uma farmácia. Os ônibus circulam com frequência pelas principais ruas da região. Não possui qualquer unidade particular de saúde.

A Área Física da Unidade

A área física da Unidade é pequena, possui uma sala de recepção também pequena, obrigando a fila para a marcação de consultas instalar-se na varanda coberta, utilizada como sala de espera. Possui uma sala para reuniões, equipada com vídeo e televisão, que também é muito utilizada pela comunidade (grupo de orações, grupo de jovens, missa uma vez por semana, etc.). A copa minúscula possui um tanque que é utilizado como expurgo. A enfermeira divide uma sala pequena com a assistente social. Possui dois consultórios médicos, um dentário, uma sala para curativos, uma sala para

imunização e injeção, uma sala para esterilização, pequena, mas bem equipada para uma unidade de saúde. Além de uma sala para nebulização, utilizada também para estoque de material e atendimento de enfermagem. Possui um almoxarifado e dois banheiros, sendo um para usuários e outro para funcionários.

Composição da Equipe

A equipe contava com 15 membros, sendo apenas dois do sexo masculino. Os médicos possuíam uma carga horária de 20 horas semanais, trabalhando diariamente. Três pediatras permanecem no local no máximo 3h por dia, uma em cada turno de atendimento; a ginecologista atende todos os dias, por um período máximo de 2h 30min; o clínico geral, que é cardiologista, permaneceu na UBS apenas 1h20min, e deveria atender no período das 17 às 21 horas; e a médica clínica cumpre regularmente o horário. A equipe de enfermagem possui uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. A enfermeira e uma das auxiliares trabalham 40 horas semanais (das 7 às 11 e 13 às 17 horas); as outras duas auxiliares trabalham 6 horas por dia, apesar do contrato de 40 horas semanais (uma no horário das 7 às 13 horas e a outra no horário das 13 às 19 horas), tendo como justificativa o horário corrido, com a anuência da equipe e da Secretaria⁵¹. A assistente social também trabalha 40 horas semanais, distribuídas em dois turnos de atendimento (manhã e tarde). Possui ainda dois dentistas, um no turno da manhã e outro no turno da tarde, com contratos de 20 horas semanais, não permanecendo no local duas horas por dia. A equipe de apoio conta com duas auxiliares de expediente (serventes), contratadas por 40 horas semanais, que trabalham na realidade das 7 às 11 e das 13 às 17, e das 11 às 15 e das 17 às 19h, e uma agente administrativa que trabalha como secretária no período das 7 às 13h. Os médicos e os dentistas são os profissionais que menos tempo permanecem na unidade.

Problemas da População

Segundo os profissionais os problemas mais frequentes apresentados pelas pessoas que demandam a Unidade são: problemas cardiovasculares e respiratórios, problemas ginecológicos, problemas de vias áreas superiores (nas crianças), desnutrição,

⁵¹ Aliou-se com o horário corrido a ampliação do atendimento à população e a necessidade de diminuição da carga horária das auxiliares, que necessitaram trabalhar em outras instituições para completar suas rendas.

diarréia, verminoses, quadro que não difere das outras unidades. A equipe destaca como um problema de alta prevalência na comunidade a gravidez na adolescência, para o qual ainda não se tomou nenhuma medida, por falta de tempo e preparo dos profissionais.

“Agora, quanto a gravidez na adolescência, isso você vai verificar em todos os postos que você for, e a gente nota que quanto mais baixo o nível sócio-econômico cultural, maior a incidência. Eu acredito que exista uma falha por parte da gente, no sentido de criar o curso, agora a população também..., a adolescente em si, não acredito que seja falta de informação, eu acho que é mais, é o comodismo de não querer fazer uma contracepção. Eu acho que é comodismo, entendeu? Porque saber que tem um Posto de Saúde, que existe um profissional atendendo, que, às vezes, até há distribuição gratuita de pilula, eu não tenho sempre, mas toda amostra, às vezes, eu trago caixas de remédio pra cá, então quer dizer, sempre aquele mesmo grupinho que procura, tem aqueles que não procuram, e às vezes quando procuram, você prescreve e a pessoa é incapaz de usar a medicação, às vezes, até ganhando.” MED. 2.2.

Esse depoimento contraditório mostra que a médica atribui a gravidez na adolescência ao baixo nível sócio-econômico-cultural da população, ao mesmo tempo em que admite a falha do médico na questão do repasse de informações e simultaneamente atribui a culpa ao comodismo das adolescentes. Aqui observamos a concepção de “exterioridade” referida por ALMEIDA (1991, p. 110). Parece que o trabalho do médico se dá além e independentemente das características da população. Esta, sendo “carente e ignorante”, não é capaz de beneficiar-se dos recursos que as UBS oferecem (ex. pílulas anticoncepcionais). Chama atenção a visão pouco crítica desta profissional ao desconsiderar o aspecto político configurado na situação.

Diante do quadro social, político e econômico que a sociedade brasileira vive, é difícil avaliar os impactos reais dos serviços locais na saúde da população. A própria equipe reconhece o fato. A SMS, no entanto, tem instrumentos (BPA, BIM, dados cadastrados no SIGAB) para a realização da avaliação desse atendimento do ponto de vista interno, só que, se ela faz, não divulga para as unidades; os profissionais não conhecem os resultados como mostra o depoimento a seguir.

“Se tivesse que fazer um levantamento com dados estatísticos, sabe como? Qual é o impacto daquela equipe na questão da saúde daquela população? Eu acho que é

um impacto pequeno, eu não sei mensurar, que não tem como fazer isso assim, É ingenuidade ...tenho certeza que a mortalidade infantil caiu assim, assado ... Eu não tenho esse dado.” ENF. 2.1.

Organização do Trabalho

O serviço não tem muita organização e a maioria das atividades é realizada em função da demanda espontânea, apesar de ser a única unidade da rede que conta com o SIGAB – Sistema de Gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde. Através de um computador opera-se um programa para cadastramento dos usuários, registro de toda produtividade da equipe, registro das doenças de notificação compulsória, registro dos diagnósticos do médico, do assistente social, do enfermeiro e dos procedimentos realizados pelo dentista., tudo através do CID⁵² – Classificação Internacional das Doenças, diminuindo a burocracia e facilitando o acesso dos profissionais aos dados. Excetua-se o atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, que não utilizam o CID, para alimentar o SIGAB. O programa, extremamente fácil de ser operado, torna possível a visualização quase instantânea dos registros, pela facilidade de manuseio, mas que, neste caso, tem servido apenas como arquivo, não sustentando qualquer ação da unidade. Pelo contrário, constitui-se em mais uma “tarefa burocrática” para os profissionais que não estão acostumados a trabalhar com a informação. A observação permitiu constatar que a auxiliar administrativa, encarregada da tarefa de digitar os dados, completava as fichas preenchidas erroneamente, o que comprometia os dados. A equipe não foi treinada para operar o programa. Esses problemas limitam a utilização do que deveria ser um instrumento integrador das atividades da equipe, fundamental para a avaliação, o planejamento e a programação, facilitando em última análise o gerenciamento. De qualquer forma, o SIGAB surge como um dos instrumentos auxiliares à mudança de modelo, já que permite trabalhar com várias informações necessárias a um diagnóstico da realidade, o que possibilitaria a organização da assistência no modelo epidemiológico.

“Cada vez que eu respondo uma pergunta eu constato o óbvio, não temos dados, ou seja, temos dados mas, ... não trabalhamos com dados, que dado nessa unidade

52 O CID padroniza o registro de procedimentos e diagnósticos distintamente.

tem...Primeira coisa, esses arquivos não tão aí a toa, quer dizer, algum dado a gente tem ali, mas nem esses dados da própria unidade são trabalhados, nem os que chegam aqui. Seja de imunização, seja do que as pessoas estão demandando em termos de consulta, né? Que tipo de doença, até nesse sentido, doença que tá sendo mais demandada aqui. Nem isso a gente tem, muito menos a questão mais geral de condições de saúde.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

A relação entre o setor de informação da vigilância epidemiológica (instância onde as informações são trabalhadas) e a unidade é outro instrumento que pode contribuir para a mudança de modelo, já que envia informações já analisadas para serem aproveitadas no cotidiano do trabalho na unidade. O trabalho porém não se efetivava por falta de disponibilidade de tempo e envolvimento de alguns profissionais da equipe de saúde. Dificuldades que se esperam vencer, como mostra o depoimento a seguir:

“A vigilância tem passado sistematicamente, mensalmente, os dado de nascidos vivos. A minha idéia e da enfermeira, é de que realmente esses dados não tem como você perder. Um dado desses ..., se não dá pra trabalhar todas as crianças nascidas vivas, pelo menos os de baixo peso, pelo menos você fazer esse trabalho inicial mínimo, que aí, você faz tudo, quer dizer, a nossa idéia, inclusive, é criar um roteirozinho de visita domiciliar. Alguns médicos já se dispuseram a participar, a gente criar escala mesmo, sabe? Um mês, vai um médico e um auxiliar, a assistente social com a enfermeira, criar equipes que vão fazer visita domiciliar dentro de um determinado roteiro, atentos a imunização, primeiros cuidados, à questão de já agendar uma consulta de puericultura pra essa criança. Então, são coisas mínimas, que a gente pode fazer e não tá fazendo, por falta realmente de tempo, e porque esse trabalho fora da unidade de saúde não conta ainda com o envolvimento do restante da equipe, a gente ainda tem esperança, porque eu acho que, se a equipe se envolver como um todo, vai ter condição da gente pegar mais frentes.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

O Trabalho Conjunto

Os membros da equipe, apesar das diferenças, se respeitavam. Não havia entretanto um grande entrosamento profissional entre eles. Existia até uma certa cooperação e as relações mais nítidas eram as estabelecidas entre a enfermeira e a

assistente social. Estas se colocam na defesa do usuário e contra o corporativismo médico dentro da UBS e da própria SMS. Fato que parece ligado mais a uma característica específica dos assistentes sociais, como nos explica KARSCH (1989, p. 79), falando sobre a angústia profissional diante da inespecificidade da sua profissão, de sua escolha e de sua condição para a sua ação. É essa angústia que provoca a opção “*por atividades mais políticas do que profissionais [entenda-se técnicas], salientando o compromisso com os miseráveis e os oprimidos*” (KARSCH, 1989, p. 79).

O depoimento a seguir mostra como isso se dá:

“Não tamos precisando de palestrista aqui. Nós estamos precisando de profissional pra discutir com a população. E isso ... eles têm resistência. Por exemplo, então ele vai discutir um tema assim ó: “Nós vamos pra reunião tal, você pode falar sobre tal tema? Ah, então tem que ter tempo pra preparar, porque não sei o que... mas aí eu falo tantos minutos, daí depois eu saio e aí vocês coordenam a reunião. Então, eles têm muita resistência com essa coisa da troca...Eles até aceitam participar dum grupo, desde que eles venham com o assunto muito delimitado, um tempo X pra eles falarem, e um tempo X pra ele sair, tá? Pra pessoal questionar ..., mas eles questionam muito? Mas o que? “Então, eles têm muita dificuldade, eu acho que chega até a ser um certo receio com os questionamentos que a comunidade tem, que eles sabem muito bem que, um assunto leva a outro, né? Cê vai discutir sobre hipertensão, cê acaba discutindo sobre o atendimento e a qualidade do atendimento e o horário do profissional, e aí vai, né? E essa discussão com a comunidade, eles não têm quem faz sala de espera basicamente, somos eu e a enfermeira. Com raríssimas exceções, eles participaram, quer dizer, quem tem esse enferrujamento de responder: “- Mas quantas consultas que são?” Acaba sendo a gente, entendeu? Então, eles têm resistência mesmo. Mas a gente não desistiu, sabe? Acho que nós vamos morrer nesse Centro de Saúde aqui, tentando realmente o envolvimento de todos profissionais, pra essa coisa mais coletiva.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Este depoimento também torna possível a visualização de um maior envolvimento e/ou comprometimento da assistente social e da enfermeira com a população. Isso foi confirmado pela observação participante, que mostrou que alguns usuários até sabem seus nomes (da enfermeira e da assistente social), mas as relações

mais estreitas os usuários estabelecem mesmo com os auxiliares de enfermagem. Por outro lado, a população sabia os nomes dos médicos.

A relação entre os profissionais da enfermagem e os do serviço social também é considerada como positiva:

“...a área específica, enfermagem, eu tenho uma admiração muito grande, porque eu acho que tanto a enfermagem como o serviço social são muito discriminados no setor público ...Mas eu acho, que são profissionais que vem tentando se aliar, dentro dessa visão mais coletiva mesmo de saúde, e eu acho que isso é um avanço, isso não pode ser esquecido..., eu acho que a enfermagem e o serviço social vêm mostrando que é possível ainda que sejam duas áreas hoje só.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Quando se pensa nas equipes da SMS, esta relação deve ser destacada, pois parece acontecer também em outras unidades, o que é reconhecido como um importante fator de integração profissional em benefício da população.

“tem que ser registrado como um avanço...e não é uma coisa específica aqui desta Unidade de Saúde, em vários lugares, eu já vi essa aliança entre a enfermeira e a assistente social. Então, eu acho que isso vem se generalizando. Então, já é um primeiro passo, já é um primeiro passo pra se conseguir ampliar essa coisa da equipe...” ASSIST. SOCIAL 2.1.

A relação existente entre as pediatras, a enfermeira e a assistente social não era muito forte, mas havia uma aproximação maior entre elas do que entre elas e os outros médicos. Esta decorria de um trabalho concreto, como mostra o depoimento a seguir:

“O trabalho de desnutrido envolve as pediatras, aliás, é o único trabalho que a gente (enfermeira e assistente social) tem na Unidade de Saúde, com a participação dos médicos, né? As 2 pediatras, tanto a pediatra da manhã, quanto a da tarde...Nesse dia, elas não prestam atendimento individual e participam com a gente junto nessa reunião mensal que a gente faz.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Mesmo assim, essas relações travadas internamente entre o enfermeiro, o assistente social e as pediatras são consideradas positivas pela assistente social:

“Eu acho que tem muitos avanços, e esses avanços, que eu consigo ver no meu trabalho como assistente social, eu vejo graças a essa aliança com outros profissionais, porque eu acho, que se eu tivesse me mantido isolada, eu acho que essa avaliação, até

poderia ser muito pior...Essa coisa de você não se fechar na sua profissão na sua ação, ficar ali isolada, tentando pensar uma coisa que é coletiva, isso não existe. Tem que ter mais gente pensando esse coletivo, porque senão, realmente, a limitação fica maior.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Mas a relação de parceria também tem seus limites. Assim aparece o relato do conflito baseado nas diferenças profissionais, que são resolvidas em conjunto:

“ Ainda que nas reuniões, as nossas diferenças apareçam. Mas são pequenos passos que a gente tá dando, porque não adianta fingir, né? Fingir que não existe o conflito, fingir que a gente não tem diferença. Pelo menos, elas [diferenças] tão aparecendo agora, sabe? E a gente pelo menos, tem um momento que senta os 3 profissionais (pediatra, enfermeira e assistente social), né? Então, tem um grupo ali, sabe? (...) Pra discutir um assunto comum. Então eu acho, que nesse sentido, já foi um avanço.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

É fundamental ressaltar que a população usuária dos serviços buscava preferencialmente na UBS a consulta médica, o que já foi discutido anteriormente. Como esta unidade tinha dentistas, a população demandava também assistência dentária. A busca desse pronto atendimento complica ainda mais a tentativa de mudança do modelo assistencial, como mostra a seguir a fala do médico:

“O pessoal sempre acha que ele tem que ser consultado, independente do número de vagas, o meu caso é especial, então eu tenho que...O que a comunidade quer é a consulta, isso aí, cê pode ter o médico trabalhando [em outras frentes], mas o que eles querem é consulta, passou mal querem é ser atendidos.” MED. 2.4.

Aliado a isso, o assistemático e fraco entrosamento existente entre a unidade e as instituições da área de abrangência nem sempre pode ser fortalecido, dificultando a transformação da assistência. As reivindicações das instituições infelizmente não eram prontamente atendidas. De qualquer modo, a unidade é o único recurso da região para questões ligadas à saúde, constituindo-se em uma das portas de entrada para o sistema. O depoimento esclarece:

“Teve um trabalho na creche, em uma época, solicitaram pra gente, né? Quer dizer, a creche existe no bairro, né? Tem no bairro [...], que é área de abrangência, e a gente, na verdade, nunca conseguiu ter uma ligação, e a própria creche, muitas vezes,

solicitava da gente algum tipo de ação, seja em termos de formar grupos com as mães...” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Face ao quadro descrito anteriormente, a assistente social e a enfermeira já pensavam nas estratégias que poderiam utilizar para a mudança do modelo assistencial a partir do perfil epidemiológico, sabendo, no entanto, que não contariam com o apoio imediato de toda a equipe. Assim:

“Mas já que se tem na Constituição que se deve trabalhar, na lei tá definido que se tem que trabalhar em cima do perfil epidemiológico, nós não tamos trabalhando não, então, nós temos que trabalhar. Porque a gente tem idéias vagas, tipo assim [...] vamos direcionar nossa ação pro hipertenso, porque 20% da população é hipertensa...” ENF. 2.1.

“Os dados que a vigilância epidemiológica que a gente vem recebendo, por exemplo de nascidos vivos, e que até agora, a gente não conseguiu implementar no trabalho. Essa discussão, quem puxa, quem traz é a enfermeira, a assistente social [...], os outros profissionais, eles participam, eles dão opinião, eles até se colocam; alguns mais receptivos, outros menos, [...] desde que acham que aquilo não é tarefa deles, mas quem puxa, quem articula esse tipo de discussão, são esses dois profissionais.”

“...vamos sim chamar a equipe, vamos sempre colocar a importância da equipe como um todo, agora, nós não vamos ficar paradas esperando que a equipe decida ir ou não. Nós vamos, se a equipe quiser ir junto, ótimo, que bom. Mas se não quiser, nós, vamos assumir o que der pra gente, dentro dos nossos limites. Então, esse é um trabalho que não tá sendo feito.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

A existência desses conflitos no cotidiano da unidade ajuda a entender os limites para a conformação do modelo de prestação de serviços pretendido pela SMS. Mesmo porque, na realidade, a equipe não dá conta de resolver efetivamente os problemas de saúde mais comuns da população, segundo os próprios profissionais: doenças crônico-degenerativas, que dependem de medicamentos; doenças ginecológicas, que dependem de tratamento e informação do parceiro para tratamento simultâneo; problemas respiratórios e dermatológicos, que dependem de condições ambientais; desnutrição ou erro alimentar, que dependem de condições sócio-econômicas. Essas questões se constituem em problemas externos ao trabalho realizado na unidade, limites do próprio

serviço, limites para os próprios profissionais, mas que não invalidam o trabalho da equipe. Nesse sentido, o depoimento esclarece:

“Eu procuro dar uma assistência melhor que eu possa dar. Infelizmente, a gente esbarra aqui com o problema econômico, tá? Você não pode muitas vezes, passar o remédio certo porque a gente sabe que a pessoa não vai ter o dinheiro, tá...Explico, às vezes, eu perco mais tempo conversando do que tudo. Explico tudo, entendeu? Da necessidade de tomar o remédio, aí 1 mês depois, ele vem aqui e diz que tomou aquela caixa que eu passei e parou ... nós vamos convivendo com isso.” MED.2.1.

A Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica, por estar centralizada, divide as atribuições com relação às providências a serem tomadas, dificultando uma visão mais global da situação epidemiológica por parte da unidade. Assim, a Unidade trabalha limitadamente com as doenças de notificação compulsória, apenas notificando semanalmente o nível central e realizando esporadicamente visitas domiciliares para orientação e controle epidemiológico. Além disso, também ficam dificultadas, ou inexistem, as ações locais como por exemplo o controle e tratamento dos contatos. Os dados que são remetidos do setor de informação para a Unidade, no entanto, ainda não são trabalhados por falta de tempo dos profissionais que se sentem responsáveis por esta atividade (enfermeiro e assistente social). Neste sentido, os depoimentos obtidos não ajudaram a esclarecer os limites entre os dois setores.

Os Programas⁵³ e os Grupos

Com relação aos programas desenvolvidos nesta UBS, o SAD oferece consultas médicas agendadas mensalmente e reuniões educativas com a distribuição de alimentos, que não estavam sendo realizadas por ocasião do estudo, fato raro segundo a enfermeira. A distribuição de alimentos é feita através de um controle rigoroso, com a assinatura das mães na ficha de registro de fornecimento. O Programa é criticado pela assistente social e pela enfermeira por seu caráter assistencialista e temporário, ressaltando que os alimentos passaram a ser aproveitados como motivação para o desenvolvimento de

⁵³ A descrição geral dos programas está no Capítulo 2, página 72

atividades educativas individuais e grupais. Constituem de fato a grande motivação das mães para as reuniões. Essas profissionais demonstram um sentimento de ambivalência quanto à existência do Programa: reconhecem-no como um recurso social para a população carente, ao mesmo tempo em que o rejeitam enquanto programa governamental assistencialista.

As reuniões são consideradas instrumentos para a atividade educativa grupal. A assistente social, a enfermeira e uma médica buscam, juntamente com as mães, alternativas para a prevenção da desnutrição, repassando informações gerais e discutindo assuntos do interesse das mães. Verifica-se aqui, portanto, uma ampliação da temática da desnutrição e a utilização das reuniões como uma estratégia mais efetiva de educação para a saúde.

O Programa de Hipertensos funciona com consultas previamente agendadas para a médica (clínica). Há ainda a distribuição de medicamentos específicos. Não existem mais as reuniões de educação para saúde com grupos de hipertensos, porque a equipe tem questionado sua validade, enquanto grupos de longa duração, tendo em vista o caráter crônico de determinadas doenças. Assim:

“A gente tem de formar grupos fixos, sabe? Aqueles grupos que vão durar o resto da vida, aqueles grupos de hipertensos que duram 5, 10 anos. E ... essa coisa de grupo por doença, que é outro questionamento, que a gente tem também, quer dizer, se você não teria que trabalhar outra faixa etária, sei lá, descobrir outras formas de não caracterizar o grupo, só de grupo de hipertenso, diabético, de não sei o quê. Só caracterizando a questão da doença e não da saúde, entendeu? Se você não tinha de formar outros tipos de grupos...” ASSIST. SOCIAL 2.1.

De modo geral, as ações programáticas ocorrem a partir do interesse e da iniciativa da enfermeira e da assistente social, sendo que algumas contam com a participação dos demais profissionais. Os pediatras participam de forma limitada, os outros médicos de forma mais limitada ainda, e por último os dentistas. A demanda espontânea é geradora de todos os atendimentos, inclusive da inscrição nos poucos programas existentes. As dificuldades para envolver os demais membros da equipe no trabalho com grupos foram registradas no discurso da enfermeira:

“Mas quando a gente chama, eles [outros profissionais que não as enfermeiras e assistentes sociais] vão, mas com uma dificuldade muito grande [...]. Por exemplo, a dentista (né?) que fez um trabalho com a gente...de saúde escolar. Então, ela foi falar especificamente da higiene oral. Então, é uma dificuldade enorme de comunicação com um grupo grande, de comunicação com adolescentes, que é uma coisa mais específica, (né?), lidar com adolescentes tem que ter uma série de outras especificidades, tem que ter mais jogo de cintura em alguns aspectos e tal. Enfim, ela não tem muita paciência pra tá lidando com esse coletivo, entendeu? Tem uma dificuldade e a gente nota..., que eles notam a diferença que tem da gente. Então, fica uma certa timidez, cadê o poder deles nessa hora?...Mas isso fica claro, tipo assim, deixa isso tipo, “a [enfermeira] e a [assistente social] fazem essa parte.” ENF. 2.1.

As Reuniões da Equipe

São poucas as referências às reuniões mensais da equipe, agendadas antecipadamente, alternadas entre os turnos da manhã e tarde (ficando o terceiro turno sem cobertura), no intuito de facilitar a participação dos médicos e dentistas, ainda que parcialmente. Os médicos não valorizam as reuniões. Alguns não comparecem, alegando que as mesmas não são realizadas no seu turno de atendimento. Uma das médicas, nos dias de reunião, leva o filho para o trabalho, dificultando a sua realização. Trata-se de reuniões realizadas pelo interesse da enfermeira e da assistente social em redirecionar o processo de trabalho e discutir os problemas internos da própria unidade. Esse tipo de atividade não é cobrado pelo nível central.

“Aí a pediatra, é ... entende? Talvez, que reunião de equipe não é uma coisa muito assim ... então ela leva o menino dela, sabe como? Sabe, não leva muito a sério. Aí o menininho fica brincando com o dentista que é muito brincalhão, aí tem aquele negócio assim, é uma dificuldade reunião de equipe, sabe como? Mas ela é um espaço que se tem pra gente tentar trabalhar.” ENF. 2.1.

Perfil dos Profissionais – A Formação

Quanto à formação, apenas a assistente social e a enfermeira possuem Especialização em Saúde Pública (ambas fizeram o Curso Descentralizado de Saúde

Pública ministrados pela ENSP – ESMIG), além de realizarem cursos de especialização relacionados à capacitação para o trabalho com o Programa de Saúde da Família, o que as aproxima e as diferencia formalmente dos demais profissionais, contribuindo para uma visão também diferenciada, mais próxima das necessidades de saúde da população. Esta visão está direcionada para a “inversão de modelo” proposta pela SMS e as leva à busca de diferentes práticas sanitárias. A concepção coletiva do processo saúde-doença modificou o foco de atenção, que durante muito tempo permaneceu em cima do pronto atendimento, controlado pelo médico. Para as equipes das UBS haveria que se pensar em profissionais com treinamento, na perspectiva da educação continuada, instrumentalizados pela epidemiologia, que serve como ferramenta planejadora. A fala da assistente social destaca a falta de conhecimento da equipe:

“E aí, a gente fez a discussão do SUS, porque a gente chegou à triste conclusão, que os profissionais de saúde, por incrível que pareça, eu tô destacando o auxiliar, mas a gente pode falar do médico, todos os profissionais que trabalham, que esse conhecimento sobre o SUS passa lá... Sabe? ... na televisão. Não passa na realidade deles o que que é realmente o SUS, a história, história mesmo de política de saúde não tem conhecimento, não tem mesmo. E não existe por parte da Secretaria de Saúde uma política de recursos humanos, que vem dando conta disso até hoje, sabe?” ASSIST. SOCIAL 2.1.

A fala da enfermeira sobre o assunto é prescritiva. De uma forma consciente aparece a necessidade de conhecimento sobre epidemiologia, planejamento e programação em saúde como instrumento para a realização do trabalho em unidades básicas de saúde:

“Tem que saber epidemiologia, não que tenha que ser um técnico em epidemiologia, porque tá atuando na ponta, e epidemiólogo,... deve cuidar das questões mais específicas da epidemiologia, mas ele tem que saber epidemiologia. Ele tem que ter noções de planejamento, de administração [...] é isso pro perfil do profissional que atua em Saúde Coletiva, tá? [...] a ênfase maior não tem que ser essa pro aspecto curativo de atenção à saúde.” ENF 2.1.

Ainda reforçando esta idéia, a enfermeira, falando da sua experiência pessoal, admite que os cursos na área de saúde coletiva realizados por ela influenciam a sua prática profissional:

“Sem dívida, esse [curso] de Processo Educativo e de Avaliação Individual e Coletiva, eles tiveram importância fundamental, e foram os mais recentes, né? Sendo que este que está em curso [Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade] eu estou começando essa semana, então não dá nem pra ter uma avaliação e, é um outro de especialização, com outros objetivos e tal, mas que eu acho que vai ter uma importância fundamental pra essa prática.” ENF. 2.1.

O trabalho assistencial da enfermagem na área da saúde coletiva depende do conhecimento da epidemiologia para a elaboração de planos de atuação. *“Assim é que em 1976 o Comitê Assessor da OPS sobre o ensino de enfermagem comunitária destacou a importância dos métodos e conceitos epidemiológicos e recomendou que o tema de Epidemiologia se incorporasse aos programas de formação de pessoal”*. (ALMEIDA, 1991, p. 17). Uma aproximação com a temática, relacionando-a com a enfermagem, foi realizada por BORGES (1980) na sua dissertação de mestrado intitulada *“Enfermagem na Vigilância Epidemiológica em Serviços Básicos de Saúde”*, na qual a participação da enfermagem é considerada em todos os níveis de assistência com o objetivo de se alcançar *“saúde para todos”*.

Na realidade, cursos não são suficientes para a consolidação de um profissional com perfil comprometido com os princípios do novo modelo assistencial (base territorial). Porém, quando direcionados para esse fim, ajudam na construção da consciência sanitária, tão distante de algumas categorias profissionais integrantes dos serviços de saúde atualmente. Entende-se consciência sanitária como *“a tomada de consciência que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e esse interesse é descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo”* (BERLINGUER, 1978, p. 5).

O Controle da Demanda

Na unidade de transição o controle da demanda para a consulta existe e é organizado, sendo feito através da limitação do número de atendimentos médicos (12

cons.med./dia). Vale ressaltar que o atendimento médico gera normalmente outras atividades na UBS; portanto, limitando-o, limitam-se também as outras atividades, o que pode ser constatado no depoimento a seguir:

“... Todos os médicos atendem mais ou menos isso, que o posto é mais burocrático, tem o negócio de computador, tem que preencher uma ficharada danada, então, por isso mesmo eles diminuíram a quantidade, mas é uma média de 10, 12, 9, 11.” MED. 2.1.

Esse controle representa a vontade do médico, ocupando seu espaço nas relações de poder que se estabelecem dentro da unidade, ocorrendo o mesmo em relação ao controle do seu próprio horário de atendimento, das decisões de não participar das reuniões, de estabelecer os períodos de férias que mais lhe convém e de faltar ao serviço sem comunicação prévia.

A Prioridade – Consulta Médica

Os médicos fazem consultas médicas nas clínicas básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia; participam das reuniões para discutir problemas da unidade; e realizam palestras quando convidados, sem entretanto fazer parte do planejamento das mesmas. Teoricamente, um deles até admite a integração das atividades profissionais:

“Não tem aquele limite rígido: “Aqui o médico não pode fazer isso, isso, isso, enfermeira é isso, as funções da enfermeira, são essas as funções da assistente social são essas...” Acho que por ser um atendimento global,[...] tem um pouco a atribuição do outro, entendeu? Não tem limite rígido – “Ah, médico é isso...” Claro, a assistente social, não vem receitar um remédio, a enfermeira, não vai receitar um remédio, embora, tem algumas coisas que ela pode receitar, né?” MED. 2.4.

Mas eles confirmam que a prioridade é consulta médica para atender aos anseios da população, da mesma forma como foi colocado na discussão da UBS tradicional. O depoimento a seguir mostra isso:

“... Eles [usuários] querem uma consulta médica, não, agora, cabe fazer outras atividades desde que tenha também consulta médica, né? Que a função do médico não é ... atender visita, ... é função preventiva, é função de orientar, mas pra isso tem que ter tempo de sentar, tempo de sair, de estudar, tudo, não é só chegar aqui e atender,

simplesmente não tem tempo com 20 horas, se a gente tivesse mais horário, seria outra coisa.” MED. 2.4.

Observou-se ainda que a consulta médica, na maioria das vezes, é rápida, centrada na queixa principal, não havendo tempo para maiores esclarecimentos ou orientações. São poucas as solicitações de exames complementares como, pudemos observar nas fichas individuais das pastas das famílias. As observações são mínimas, nem sempre legíveis, muitas parecem usar códigos e sinais (tipo setas). Normalmente, não têm a assinatura de quem realizou a consulta ou o atendimento, dificultando a identificação do profissional. Assim, veja a reprodução de um registro de atendimento⁵⁴:

29/9/95- QP: dor de barriga forte. Vômitos, constip. fe LF: dor em hip. dir. Cond = mebendazol ↑ dip.+ obs 9/12/95- Mantém dor abdominal. Está tossindo Exame Físico normal Conduta: Sol. HC+ EPC+ EAS. Sol 2x seios da face.
--

Ambas possuem rubrica, o que se constitui em um fato raríssimo, que pode ser constatado através da observação de diversos prontuários.

Fato que também merece ser colocado foi a observação de uma consulta médica sendo realizada com o cliente em pé. Como foi um fato isolado e como não foi possível entrevistar o usuário logo após a consulta, decidiu-se não discuti-lo, apesar de saber-se que isso acontece também em outras UBS. Acredita-se que, se o médico tivesse percebido a observação, no mínimo teria fechado a porta, propiciando ao usuário a privacidade esperada.

O Trabalho dos Dentistas

Os dentistas são os profissionais mais isolados da equipe. Foram pouco citados nas entrevistas, apesar de os usuários afirmarem a necessidade da sua presença na unidade. Não foi possível entrevistá-los, pois ambos estavam de férias (mesmo período)

⁵⁴ A decodificação fica por conta do leitor.

na época da coleta de dados. Essa condição evidencia um descaso com a população e falta de planejamento da equipe.

O trabalho dos dentistas é visto pelos outros profissionais como basicamente curativo, embora já se tenham envolvido com atividades de prevenção, organizadas pela enfermeira e a assistente social:

“... única e exclusivamente atendimento individual, aquela coisa mesmo de extração, como diz o outro, de arrancar, de obturar, e aquela coisa toda. Nós tentamos no ano passado, quando a gente tava tendo esse trabalho junto a escola, nós envolvemos uma dentista ...No meio que a gente começou a discussão sobre a sexualidade e saúde, eles queriam discutir um pouco a questão de... saúde bucal... Eles queriam discutir a questão do dente. E nós enxergamos como oportunidade de ampliar um pouco essa questão de saúde bucal. Então, ela chegou até a participar de algumas reuniões, mas a coisa muito assistemática.” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Espera-se uma mudança na área de saúde bucal, ao nível do município, tendo em vista que o Instituto de Saúde Bucal passou a ser recentemente o órgão responsável pela proposição, implementação, controle e avaliação da política municipal específica para o setor. Uma estratégia que poderia ser utilizada, e com certeza mereceria ser discutida com os profissionais, é a contratação do pessoal de nível médio para a execução de algumas atividades, a exemplo do que ocorre com a enfermagem.

O Trabalho da Assistente Social

Tentando agrupar as atividades da assistente social para melhor mostrar o tipo de atividade que a mesma desenvolve, bem como a heterogeneidade de suas ações e sua inserção nas relações com o processo de trabalho desenvolvido na unidade, passamos a relacioná-las: promove e participa de reuniões com entidades locais; coordena atividades junto ao Conselho Local e Regional de Saúde; assessora outros conselhos, incentivando o desenvolvimento de atividades comunitárias (exemplo: trabalho realizado pelos adolescentes, como a execução de uma peça de teatro abordando a temática das drogas); participa da confecção de material educativo e documentos diversos; participa das atividades de sala de espera; participa das atividades com grupos de desnutridos, com o grupo de puericultura, atividades com grupo de hipertensos e com as com adolescentes;

e finalmente orienta usuários quanto à organização do serviço e recebimento de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS. Quase todas estas atividades são realizadas em conjunto com a enfermeira, como já foi visto.

O Trabalho da Auxiliar Administrativa

A auxiliar administrativa realiza as seguintes atividades: marca consultas e exames por telefone na Central de Marcação de Consultas – CMC – para especialização e para a própria unidade; trabalha operando o computador para registro de dados no SIGAB⁵⁵. Esta profissional é única em toda a rede básica (o que se constitui em avanço em relação à unidade apresentada anteriormente) e conta principalmente com o apoio da equipe de enfermagem para realizar o seu trabalho. A contratação de pessoal de nível médio para a realização das atividades administrativas em todas as unidades deveria ser adotada pela SMS, no sentido de liberar a enfermeira das mesmas.

O Trabalho da Enfermagem

Quanto à enfermagem, diferentemente do que ocorre na unidade tradicional, existe uma divisão de tarefas entre o auxiliar e a enfermeira, e a hierarquia dentro da equipe é respeitada.

“Elas sabem que eu sou uma autoridade em relação à enfermagem, eu acho que elas sabem disso, elas percebem isso. Mas assim, é ... elas não me sentem autoritária, como eu não pretendo ser e elas nunca demonstraram essa coisa. Então, eu acho que é uma relação fácil.” ENF. 2.1.

O enfermeiro se sente responsável pela capacitação da equipe de enfermagem, como dimensão intrínseca da qualidade da assistência, o que se traduz no seu treinamento, orientação e educação continuada. Nesse sentido, vem sendo usada a metodologia da problematização como estratégia para sua qualificação, baseada na pedagogia de Paulo Freire, divulgada através do Projeto Larga Escala⁵⁶. Essa metodologia vem sendo utilizada pelas enfermeiras em Juiz de Fora, depois que muitas delas receberam treinamento específico, através de cursos variados, com o módulo

55 Ver página 153

56 Esse projeto tem origem na década de 80, a partir de um grupo de enfermeiros da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS liderado pela enfermeira Isabel Santos.

denominado de Capacitação Pedagógica para Instrutor/ Supervisor da Área de Saúde, que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS em vários estados brasileiros. O módulo tem o objetivo de qualificar o profissional de nível superior para o ensino do pessoal auxiliar que compõe a força de trabalho em saúde.

Mesmo assim, uma auxiliar reclama a falta de treinamento para melhorar o desempenho de suas funções, tendo em vista também que no seu cotidiano de trabalho algumas de suas atividades extrapolam sua competência técnica. As falas a seguir mostram isto:

“Que se tivesse mais alguma coisa pra mim aprender eu gostaria sim...Se tivesse mais alguma coisa pra mim, o que está em relação de contra-medicação, ou de certas doenças, esses negócios assim, é muita coisa pra gente aprender.”

“Eu acho que a gente precisa de reciclagem, né? Reciclagem e aperfeiçoamento..., que às vezes, cê vai relaxando, cê vai deixando pra lá, sei lá, de repente, cê atende correndo tanto, que cê faz a coisa corrida...” AUX. 2.3.

“Eu acho que aqui, até não tem muito problema. Mas o que eu acredito que falte, de uma maneira geral, é uma é...não seria nem reciclagem, seria uma orientação da maioria das auxiliares que não têm muita noção, né? Nesses outros postos que eu já trabalhei, vejo gente assim ... sabe?... Cê fala assim: “Faz não sei o que subcutânea...” cê tem que ir lá mostrar como é que faz, se não cê que tem que fazer mesmo e tal..., eu acho que falta assim: cê pode falar isso porque foi mal selecionado, não, eu não sei, passa nas provas teóricas, passa não sei o que, mas eu acho que falta mesmo, um pouquinho mais de orientação, de tá em cima, da própria enfermeira ficar vendo as atitudes, indo observar, fazendo reciclagem, ou alguma coisa assim, de vez enquanto pelo menos..., pelo menos pra mostrar e até vê como se comportar diante de uma emergência, de alguma coisa, basicamente isso.” MED. 2.2.

Isto é corroborado pelas auxiliares que executam atividades de outros profissionais.

“Eu acho que até [que a gente realiza] atividade da enfermeira, do assistente social, porque a gente fica lá na linha de frente, nem sempre elas estão aqui. Mesmo que você não faça, mas aquilo tudo que você tem que fazer até as pessoas chegam a

ela...ou esperar, você tem que fazer [alguma coisa] porque ela não tá aqui.” AUX. ENF. 2.3.

“Um exemplo concreto assim... do serviço social... Às vezes a pessoa chega e precisa de um atendimento, que é do serviço social fazer, mas ela não tá aqui e você não tem como falar pro usuário assim: “Não, a assistente social não tá aqui, não posso fazer nada .” Ai, eu vou falar só isso e vou fechar a boca, né? Porque se eu for continuar atendendo aquela pessoa, eu vou acabar talvez encaminhando, fazendo tudo pra aquela pessoa ser atendida, porque eu acho que é uma coisa que se tivesse a presença do enfermeiro e do assistente social, eu ficaria... ficaria livre daquilo, mas, de repente, cê tem que fazer, mesmo que você não vá desenvolver aquilo até aonde precisa, mas há uma certa parte..., cê tem que levar pela falta do profissional aqui.” AUX. ENF. 2.2.

Em relação às atividades técnicas a enfermeira realiza esporadicamente e assistematicamente a consulta de enfermagem (desnutridos, hipertensos, adolescentes, na puericultura). Nesta unidade a consulta é entendida pela enfermeira como qualquer orientação e/ou ação referente ao cuidado: desde a orientação para um exame laboratorial até o exame físico de uma criança para a avaliação das condições do seu estado geral. Alguns trabalhos sobre a avaliação da consulta de enfermagem (VANZINI, 1988; GEIB, 1984; SANTOS, 1987) afirmam que de modo geral as mesmas conseguem diminuir os agravos que se propõem. Neste aspecto, o que a enfermeira realiza como consulta de enfermagem produz um efeito positivo no atendimento individual, ao mesmo tempo em que cria uma demanda específica para este profissional, tornando-a uma referência para a população:

“Elas não demandam uma consulta de enfermagem por causa de doença, elas demandam consulta de enfermagem pra ter informação. Elas já sabem que o enfermeiro dá mais informação que o médico a consulta de enfermagem, acontece muito em função do curativo, também das feridas, das feridas que aparecem, tipo uma úlcera de perna.” ENF. 2.1.

“A [enfermeira] fica horas e horas... pra ele [usuário] é caso de consulta, eles acham que precisam tomar remédio de nervo, que tá com problema de nervo, pra eles é

caso de consulta, mas a gente vê que não é caso de consulta, é caso de ter uma pessoa pra conversar ... desabafo, né?” AUX. 2.1.

Essa última afirmação vem ao encontro da colocação de MINAYO (1994, p. 189) de que *“O cansaço permanente do sobretrabalho, a alimentação insuficiente, as restrições compulsórias provocadas pelos baixos salários, o desemprego, a incapacidade de lidar com os esquemas burocráticos e impessoalizados compõem o campo das ‘doenças sentidas’ sob a denominação de ‘nervoso’. Elas são talvez o questionamento mais loquaz e o desafio maior ao modelo biomédico. Ele pode propor a cura de uma enfermidade localizada, mas não possui um quadro de referência para lidar com as sensações experimentadas no corpo marcado pela exclusão dos bens necessários à manutenção da vida individual e social.”* Essas doenças em geral são atendidas pela enfermagem, que de modo geral acolhe o cliente com um atendimento bastante demorado, na tentativa de resolver seu problema ou encaminhá-lo. Nesse sentido, o papel da enfermeira é essencial. Diferentemente do que foi constatado, a maioria dos trabalhos disponíveis na literatura sobre consulta de enfermagem está relacionada aos programas propostos pelo Ministério da Saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC, Programa da Tuberculose, Programa de Doenças Crônicas Degenerativas. Voltam-se para a CE realizada em ambulatórios ou hospitais de ensino, não participando normalmente do planejamento de qualquer serviço específico que possibilite avaliar o seu impacto a partir da cobertura alcançada. Esses estudos reafirmam que a intervenção da enfermeira se orienta pelo modelo biomédico, e é desvinculada de uma programação voltada para as reais necessidades da população (CORBISHLEY & SILVA, 1996). Dessa forma, ao afastar-se das necessidades “sentidas” pelas pessoas, a assistência abandona a integralidade, pautando-se exclusivamente pelo recorte programático.

Na visão da assistente social a consulta de enfermagem é considerada como uma atividade que valoriza a enfermeira e, junto com outras ações, ajuda na sua descaracterização como “elemento controlador da equipe”:

“Eu tinha aquela visão de enfermeira meio chefe, sabe? Uma coisa assim ..., meio general ..., que é uma coisa meio senso comum que se tem por aí, né? A

enfermeira tá aí? Aquela coisa bem generalizada, quer dizer, na prática, eu fui conhecendo e respeitando o espaço da enfermagem, conhecendo essa coisa de consulta de enfermagem, o quer que diferencia isso de uma consulta médica, sabe? Como é que isso se dá, como é que o trato da enfermeira com a questão da imunização, com a relação com os auxiliares, com o resto da equipe?” ASSIST. SOCIAL 2.1.

A consulta de enfermagem – CE muitas vezes não foi aceita por médicos da SMS, que acabaram conseguindo eliminá-la em algumas unidades, conforme vários relatos de entrevista informais, não planejadas, durante a coleta de dados. Em outros casos ela é vista como um ajuda necessária, compatível com a formação e experiência do enfermeiro, principalmente se relacionada à puericultura. Historicamente, em Juiz de Fora, em nível local, ela vem sendo realizada nas seguintes áreas: puericultura, pré-natal, doenças crônicas. É no Instituto da Mulher⁵⁷ onde a consulta de enfermagem ocupa maior espaço. Lá ela é uma atividade integrada ao serviço, sistematizada conforme orientação do Ministério da Saúde para o PAISM. A enfermeira assume, com autonomia, as consultas do pré-natal de baixo risco. A consulta de enfermagem tem a mesma função da consulta médica e segue os mesmos passos: anamnese, exame físico, coleta de material e prescrição de medicamentos padronizados.

Na Unidade, segundo uma das médicas pediátricas, a consulta de enfermagem tem como limitação a insegurança do enfermeiro:

“A gente fica com essa carga grande, consulta, consulta, consulta, às vezes, não precisa, de repente uma orientação só [resolve], e uma enfermeira, eu acho que ela é capaz de fazer esse tipo de trabalho..., dá uma consulta pro pessoal, a criança vomitou duas vezes só, tá bem... Uma enfermeira tem condições de saber se a criança tá bem ou não. Eu acho que tem, se a criança está grave, ou não está grave, se ela precisa ou não de uma consulta, né? ... Mas acho que a [a enfermeira] é muito insegura. “Ah! Eu não posso fazer, eu não posso falar, eu não posso dar novalgina...” Eu acho que pode, entendeu? Passar uma novalgina, ir passando um soro, orientar. “Cê pode esperar até amanhã?” Eu acho que isso, ela tem condição, né? Fica ansiosa, ela fala que não pode, sabe?” MED. 2.3.

⁵⁷ Instituto da Mulher é subdividido em vários setores/ serviços: mama, pré-natal, preventivo e climatério.

Insegurança que não se justificaria, segundo ela, diante do tipo de demanda da população, considerando ainda que as urgências pediátricas são raríssimas na unidade. Ela mesma exemplifica:

“...morreu uma menina que chegou, que tinha leucemia e uma menina que tava com meningite, e 2 emergências que tiveram comigo aqui, foram 2 crises convulsivas. Vai fazer 3 anos em abril que eu estou aqui, [...] em termos de coisas graves, foram muito poucas,...Num chega aqui, eu acho que o pessoal já tem até uma certa orientação, quando a coisa tá muito ruim, já procura um outro lugar, né? Um hospital direto...” MED. 2.3.

A insegurança da enfermeira, no entanto, acontece somente em relação à medicação, conforme detectado na observação. Na realidade, a dúvida existe tanto para os esquemas padronizados pelo Ministério da Saúde, quanto para a prescrição de medicamentos usados corriqueiramente nos domicílios. Por outro lado, há que se pensar também que a prescrição de medicamentos, mesmo nos programas ministeriais, extrapola os conhecimentos técnicos da enfermeira e, portanto, compromete a qualidade da assistência à saúde. Prescrição de medicamentos é responsabilidade do médico. Não há como negar este conflito. Os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros na Graduação com a Farmacologia não são suficientes para garantir uma prescrição de medicamentos, como por exemplo os anticoncepcionais, padronizados pelo Instituto da Mulher⁵⁸. Esta insegurança poderia ser contornada se a SMS estabelecesse normas e garantisse a capacitação dos enfermeiros, em consonância com a Lei do Exercício Profissional (Lei 7498/86 e Decreto 94406/87), em seu artigo 11§ II, que garante a prescrição de medicamentos por enfermeiros conforme necessidade da clientela e capacidade técnica do profissional, desde que normatizados pela instituição.

Como mais uma atividade dentro desse conjunto de ações heterogêneas, a enfermeira acompanha, supervisiona e, por que não dizer, participa de forma esporádica das aulas práticas ministradas aos acadêmicos de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como ela mesma explica:

“Além disso, existe um trabalho, que é um contato que eu não sei exatamente como explicar, que é um trabalho mais de apoio à prática de acadêmicos de

⁵⁸ Atualmente os anticoncepcionais são prescritos pelo médico e a enfermeira mantém a prescrição durante o controle trimestral da usuária.

enfermagem da Faculdade de Enfermagem de Juiz de Fora, que estão no sétimo período e vão lá fazer a prática de Saúde Pública. Então, a gente tem um contato muito estreito com as acadêmicas e menos com a professora, onde a gente discute, desde o campo de prática mostrando o Centro de Saúde, discutindo, localizando para as acadêmicas o que é aquela Unidade de Saúde e oferecendo subsídio para que tenham uma prática, minimamente efetiva, onde elas possam ter o mínimo de experiência do que é aquele trabalho. Então, elas estão fazendo atualmente visitas domiciliares às crianças desnutridas. Então, a gente envolve as acadêmicas no trabalho com desnutridos. De certa forma, elas estão fazendo algumas coisas, fazendo visita domiciliar, elas estão fazendo uma parte que a gente não tem dado conta de fazer.”

ENF. 2.1.

Essa função, não remunerada, se por um lado representa uma sobrecarga para o enfermeiro, representa por outro uma contribuição real para com o serviço, não distante da falta de continuidade (em virtude do cronograma das atividades universitárias). Além disso, é uma oportunidade concreta para os alunos, que aprendem no e com o serviço. No local é possível mostrar a eles a importância das ações básicas de saúde, ampliando a visão sobre saúde coletiva. Infelizmente a relação formal entre a Universidade e a rede de serviços de saúde da SMS não está clara para os funcionários das duas instituições, apesar de essa última ser utilizada como campo de estágio para os alunos. Ocorrem com frequência problemas para os profissionais das duas instituições. Para muitos vinculados à SMS, a presença do acadêmico acarreta uma sobrecarga de trabalho, dificultando até mesmo o atendimento à população. Para a UFJF a recusa de determinados profissionais em receberem alunos no local onde desempenham suas atividades dificulta o aprendizado do aluno. No entanto, existe um convênio amplo entre as duas instituições, para fins específicos, que permite modificações ou ampliações através de termos aditivos aprovados por ambas as partes. Datado de julho de 1993, teve vigência de quatro anos, tendo sido prorrogado por idêntico período. Em relação à enfermagem existe um termo aditivo para ensino prático para acadêmicos regularmente matriculados. Nesse, a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia compromete-se, entre outras coisas, a manter professor no campo utilizado, respeitando suas normas administrativas, durante todo o período de ensino.

As visitas domiciliares são feitas pela enfermeira e pela assistente social. Elas ocorrem de acordo com a demanda para casos de doentes crônicos, de desnutridos, de faltosos aos programas ou às atividades de grupo, e de nascidos vivos, o que acontece de forma esporádica.

Além disso, a enfermeira também realiza registro diário de ocorrências e de atividades de enfermagem, faz triagem e orientação de usuários. Os registros são sucintos, datados e rubricados. Vale destacar que a triagem é entendida como a detecção e a qualificação das queixas dos usuários conforme as que podem ser resolvidas pela enfermagem e as que necessitam da consulta médica. Faz também o trabalho educativo com grupos de mães que necessitam de orientações de puericultura; mães que necessitam de orientações sobre desnutrição; e sala de espera sobre assuntos que interessam aos usuários.

A esterilização do material; a aferição de pressão arterial e de peso corporal; a dispensação de medicamentos; a marcação de consultas e exames por telefone na Central de Marcação de Consultas – CMC e para a própria unidade; os curativos e retirada de pontos; a aplicação de injeções; o preparo de nebulização; a coleta e o recebimento do material; as orientações para exames laboratoriais (sangue, urina, fezes) são realizadas pelas auxiliares de enfermagem e eventualmente pela enfermeira. Essas atividades, quando realizadas pela enfermeira, possuem caráter substitutivo ou suplementar, devido às faltas ou limites das auxiliares para a resolução de problemas decorrentes da sua realização. Com relação ao desenvolvimento dessas ações aparece novamente, no discurso da enfermeira, o conflito profissional, pela falta de clareza quanto ao papel a ser desempenhado pelos componentes da equipe de enfermagem, como veremos nos depoimentos a seguir:

“Eu tô fazendo atividade que é do auxiliar de enfermagem, pelo menos o que diz respeito a Lei do Exercício Profissional, certo? Agora, é engraçada essa questão, porque quando conversando um dia num grupo de estudos de enfermeiros da Secretaria, eu no calor da discussão, eu levantei e falei: ‘Mas é um absurdo! Isso é desvio de função.’ Enfermeiros que se dobram (né?), que não conseguem minimamente, igual a gente, um grupo ou de outro tem tentado fazer, que é batalhar pra cê não ficar substituindo auxiliar de enfermagem na Unidade. E quando eu virei com esse

argumento, falei: 'Mas cê tem um monte de injeção, mas quem falou que essa é sua ação, que cê tem que fazer isso? Isso é desvio de função!' Ai..., uma colega que é próxima..., que fala a mesma língua que eu (né?) ..., tá no mesmo grupo, falou isso: '... quem falou que isso é desvio de função? ... mas que é isto? Isso não é desvio de função. Quem falou que injeção é desvio de função?' Ai você sabe que eu fiquei em dúvidas? Eu tenho certeza que ela não tem isso claro, não." ENF. 2.1.

É possível identificar nesta fala que o problema é a execução sistemática das tarefas ditas "de menor complexidade", normalmente desempenhadas pelo auxiliar de enfermagem, nem por isso menos importantes. O problema só não corre em algumas unidades hospitalares onde apenas enfermeiros executam suas tarefas de enfermagem. Como considera GONÇALVES (1994, p. 211) "*A conquista ou a adesão a parâmetros profissionais da prática representa sobretudo um passo intermediário na reprodução de lugares socialmente determinados na divisão social do trabalho, e como tal relevo do processo de reprodução das classes sociais*". Assim entendido, o trabalho do enfermeiro reproduz as relações de classes sociais. A divisão social e técnica do trabalho continua conduzindo a conflitos sobre o fazer do enfermeiro, seu objeto de trabalho, e sobre a definição de papéis dentro da equipe de enfermagem.

"O que merece destaque, que eu acho, que é a falta de clareza do que que é o papel do enfermeiro para as auxiliares. Isso não é uma coisa muito clara, entendeu? Vou te dizer quando é que isso ficou claríssimo (né?) expresso por elas. Quando nós começamos o treinamento com as auxiliares, pegamos a Lei do Exercício Profissional e questionando com elas qual era o papel dos auxiliares e tal [...] A princípio problematizando e tal, e aí depois, caímos na leitura da Lei. [...] nós fizemos essa pergunta assim: 'Cabe ao auxiliar fazer consulta de enfermagem? Se o auxiliar tiver preparado, ele pode fazer a consulta?' A pergunta era intencional pra saber o que diziam, né? [...] Mas aí, que que elas responderam? 'Pode.' Mesmo aquela auxiliar que até é mais esclarecida, que é técnica de enfermagem [...] Então, elas são técnicas, mas não conheciam a Lei, sabiam que existia, mas não conheciam o que tinha no seu conteúdo (né?) e achava, naquele momento, que auxiliar poderia fazer consulta de enfermagem se tivesse preparada ...Elas falaram exatamente isso: '...se a gente tiver preparo, a gente consegue fazer uma consulta de enfermagem ...' E eu acho que elas

conseguem fazer até uma consulta médica se elas se prepararem, não é? Eu acho que elas conseguem fazer uma consulta médica, só que não é o papel delas, entendeu? Elas teriam que ter uma formação pra isso, tal, tal, tal. [...] Elas acharam que é simples fazer consulta de enfermagem porque alguma coisa que o enfermeiro faz, até por causa da confusão que se faz de auxiliar com enfermeiro, quer dizer o enfermeiro é aquele que manda, não é aquele que tem uma atividade específica dele, que só ele vai fazer, entendeu?" ENF. 2.1.

Acrescente-se a este fato a falta de clareza das atividades de enfermagem para outros profissionais e alguns usuários:

"A enfermeira, não vai receitar um remédio, embora, tem algumas coisas que ela pode receitar, né? Dispensar remédio, sem passar pela consulta médica, pelo menos nos postos em que eu trabalhei, geralmente, era a enfermeira quem assumia a organização do serviço, eu acho que pela própria formação, né? Da enfermeira, do curso de enfermagem mesmo.

Eu não sei direito qual seria o trabalho, qual deveria ser o trabalho da enfermagem no Centro de Saúde, entendeu? Como deveria ser, se seria mais voltado pra comunidade ou se deveria ser mais voltada pra essa parte administrativa, não sei." MED. 2.4.

"A enfermeira eu não sei, eu acho que ela faz curativo, faz a ficha ali na frente, eu não sei direito não". USUÁRIO 2.2.

"Porque eu não tenho conhecimento perfeito do que ela faz, qual que é a função dela [enfermeira] aqui, né?" MED. 2.1.

Mesmo assim, a enfermeira consegue, dialeticamente, satisfação profissional em situações de insatisfação e incerteza com o trabalho que realiza na unidade. Isto denota uma atitude própria à mudança:

"Existe uma satisfação profissional, existe uma insatisfação até nessa incerteza, até nessa insatisfação, existe uma satisfação. Só d'eu me parecer insatisfeita com as coisas, mas satisfeita eu fico. É lógico que cria uma ansiedade, cria um cansaço. Tem hora que cê tem vontade de parar com as coisas, que é natural, é típico do ser humano, né? Mas há um estilo. Eu falava isso há muitos anos atrás (né?) de quanto mais eu ...

encontro obstáculos eu acho mais fascinante, eu continuo achando isso ainda.” ENF.

2.1.

Este conflito, em relação à profissão, parece não ser o único entre os profissionais de equipe. Existe também uma indefinição de papéis na prática do serviço social. É interessante colocar a fala da auxiliar que trabalha na unidade há seis anos sobre o trabalho dessa profissional, funcionária de UBSs há dez anos. Assim:

“ O serviço certo da assistente social, o papel dela em si, isso aí não sei te explicar não, que até hoje de vez enquanto eu falo assim..., outro dia eu perguntei assim pra [assistente social] sobre seu papel aqui dentro. Aí ela me explicou o papel dela aqui dentro, eu acabei não entendendo nada, peguei não perguntei, mas eu acho que o papel da assistente social aqui é muito importante, porquê o dia que a [ela] não tá aqui, e a gente costuma de ficar enrolado lá fora, porquê tem muita coisa com a assistente social, programa do leite, é resolver problema, um problema de mães, é resolver um negócio de psicólogo lá embaixo, tem muita coisa com a assistente social, sem ela aqui [...] O trabalho que ela desempenha aqui dentro, eu tô meio por fora, não sei falar, ela faz isso, faz isso, faz aquilo que eu tô por fora do que ela faz.” AUX.

ENF. 2.1.

As atividades de imunização também não são muito valorizadas. O arquivo de registros das vacinas não estava organizado, mas apesar disso verificamos um grande avanço em relação à UBS tradicional: aplicação de vacinas; aprazamentos, registro de controle de temperatura da geladeira; requisição de vacinas; controle de estoques; preparo de sala de vacinas; elaboração de consolidado mensal de vacinas; controle de rede de frio; busca ativa de faltosos e avaliação de cartão de vacinas, normalmente são executadas pelas auxiliares de enfermagem, ficando apenas o planejamento, programação, coordenação e avaliação de campanhas esporádicas de vacinação sob a responsabilidade da enfermeira, valorizando o seu papel na prevenção e controle das doenças. São realizadas também pelas auxiliares e às vezes pela enfermeira orientações sobre as doenças imunizáveis, sobre o calendário de vacinação, sobre o tipo de vacina que está sendo administrada, e sobre os seus possíveis efeitos colaterais.

As atividades de administração da assistência de enfermagem são realizadas com autonomia pelo enfermeiro, mas não existe na sua fala valorização das mesmas:

supervisão, orientação e avaliação do serviço de enfermagem; pedido de material; preenchimento do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA e do Boletim Mensal de Imunizações; reuniões com a equipe de enfermagem, além da já comentada educação continuada. No entanto, na perspectiva do usuário, estas atividades são valorizadas, numa visão dinâmica do seu papel de gerente.

“[A enfermeira] *Dirige o andamento geral do Centro*”. USUÁRIO 2.6.

A enfermeira realiza também inúmeras atividades relacionadas à gerência e à administração da unidade de saúde: lotação de pessoal; controle de folha de ponto de pessoal; controle e manutenção do material permanente; controle semanal e mensal de medicamentos; elaboração de escala de férias da equipe; reuniões com a equipe de saúde para resolver problemas da unidade; levantamento e solicitação de recursos materiais, recursos humanos; reforma e ampliação da unidade; participação de reuniões com entidades da região (SPM, AA, etc.); organização de arquivos, registros, fichas e documentos; interlocução com outras secretarias para resolução de problemas ou execução de trabalho conjunto; organização, supervisão e orientação do serviço de limpeza; busca de material diverso na SMS: receituário azul, contraceptivos, folha de ponto, formulários, etc. A enfermeira tem clareza de que essas tarefas burocráticas devem ser feitas por outro profissional:

“Super legal quando a enfermagem começa, quando ela luta, batalha e consegue uma pessoa pra fazer essa papelada toda, quer dizer, esse papel burocrático, até mesmo de contar, ficar sabendo onde tá o papel higiênico, onde não está, se a lâmpada queimou ou não, isso vai ser com ela, entendeu? Então é interessante, dá uma folga mesmo, você começa a ter um pouco mais de tempo.” ENF. 2.1.

De modo geral, estas são tarefas divididas entre a enfermeira e a assistente social, que admitem a gerência informal da unidade e, portanto, o controle do processo de trabalho na mesma.

Porém, na visão dos médicos e pelo que pôde ser detectado na observação participante, a gerência da unidade é assumida pela enfermeira, apesar de a mesma não o admitir.

“Informalmente pra Secretaria a [enfermeira] é considerada, ela fica danada, ela é considerada gerente, entendeu? Sempre tem alguma coisa, porque geralmente, as

enfermeiras assumem esse papel de gerente na maioria dos postos, se eu não me engano.” MED. 2.4.

Apesar de não existir um serviço de Visitação Domiciliar, as visitas são feitas atendendo a uma pequena demanda espontânea, e advindas de situações de urgência, e também uma pequena demanda organizada: recém-nascidos, a partir do Sistema de Informa o dos Nascimentos Vivos – SINAN; e cr nicos faltosos às consultas-controle ou que necessitem de assistência domiciliar por falta de condi es de se locomover até   unidade. Este processo de organiza o da demanda para a visita o domiciliar coincidiu com o início do trabalho de campo desta pesquisa.

Síntese do Trabalho de Enfermagem na Unidade de Tipo de Transi o

Essa unidade se constitui, por excelência, num espaço contraditório. Existe aqui uma rela o de manuten o/transforma o da finalidade do processo de trabalho: mantendo de um lado os interesses corporativos do médico, ao mesmo tempo em que, de outro, tenta incorporar os interesses demandados pela popula o.

  extremamente significativo o grande movimento na unidade.   possível afirmar que esta se organiza privilegiando o atendimento às necessidades da popula o: fazendo circular as informa es, buscando garantir ao usuário o direito de cidadania, dentro dos limites impostos no nível local pelos próprios profissionais e, no nível mais geral, central, pela própria institui o.

Destaca-se, como elemento integrante deste modelo, a tentativa de participa o, tanto dos usuários quanto dos profissionais, nas discussões referentes   política de saúde do município. A popula o   aqui incentivada por profissionais da unidade, em particular pela enfermeira e pela assistente social. A aliança entre a enfermeira, a assistente social e a popula o   um fator importante na reorienta o dos serviços locais em dire o   inversão do modelo assistencial. Por outro lado, apesar de alguns médicos já participarem de atividades educativas, de caráter preventivo, outros apresentam resistências, limitando seu trabalho   consulta médica centrada na queixa principal, totalmente em descompasso com o modelo que se deseja implantado.

As rela es sociais estabelecidas na unidade estão mediadas por duas questões centrais: a aliena o de alguns profissionais, determinando o continuismo do modelo

clínico, apoiado de certa forma pela instituição a partir da sua omissão, manifestada principalmente pela falta de supervisão. A outra é a tentativa de superação da alienação, visível através da luta da enfermeira e da assistente social para fazer da unidade um instrumento capaz de causar impacto na saúde da população.

Aqui também a remuneração dos profissionais aparece como um fator extremamente limitador à implantação do novo modelo assistencial: os baixos salários criaram uma progressiva resistência dos profissionais.

Outro fator limitante, reconhecido pelo médicos e pelos profissionais de enfermagem, constatado na prática pelo volume de atividades desenvolvidas, é o número reduzido de enfermeiras e auxiliares para dar conta de todas as atividades. Os depoimentos a seguir constata o fato:

“Eu acho que se tivesse mais enfermeira, eu acho que seria melhor.[] ...a [enfermeira] tem um montão de serviço, não dá pra fazer...MED. 2.3.

“Tá uma deficiência muito grande de auxiliar. Então, é o que eu tô sempre falando de enfermagem, enfermeira. Mas a deficiência de auxiliar tá muito grande, as duas se misturando fazendo os serviços tipo curativo, vacina, é, nebulização, arrumando, fazendo ficha, arquivo, aí mistura o que seria de cada uma, porque, por falta mesmo de pessoal tá uma bagunça.” MED. 2.5.

Apesar das limitações, a enfermagem tem buscado a mudança do modelo assistencial com o serviço social. A situação é desafiadora, mas existem, nesta unidade, indícios de transformação do processo de trabalho em saúde. A idéia de se trabalhar com o modelo epidemiológico já está minimamente incorporada e está sendo discutida pela equipe.

Assim o trabalho conjunto da enfermeira e da assistente social vem sendo progressivamente construído, com atividades que são intencionalmente realizadas em função de objetivos pré-concebidos por essas profissionais. No depoimento a seguir, a assistente social registra a aliança com a enfermeira como um avanço, que acontece também em outras unidades da rede:

“Então isso, eu venho aprendendo muito, sabe? Então eu acho que isso, tem que ser registrado como um avanço e um, e um assim pelo menos, não é uma coisa específica aqui desta Unidade de Saúde, em vários lugares, eu já vi essa aliança entre a

enfermeira e a assistente social. Então, eu acho que isso vem se generalizando. Então, já é um primeiro passo, já é um primeiro passo pra se conseguiu ampliar essa coisa da equipe, entendeu?” ASSIST. SOCIAL 2.1.

Numa conjuntura de transição, dependendo de iniciativas mais gerais para a concretização das práticas comprometidas com a qualidade de vida, o grande problema da enfermagem é falta de sistematização, a falta de programação, a falta de previsão das atividades. Até a intervenção em saúde coletiva é feita quando há demanda.

Por outro lado é possível dizer também que a enfermagem ocupa uma posição de destaque na aproximação com os usuários, humanizando a assistência, fator fundamental para esse processo de mudança.

“... Porque acho se eles [usuários] reclamam com a gente aqui, reclama muito mais lá[com a enfermagem], que, às vezes, o paciente se inibe pra falar comigo que não tem dinheiro, lá eles abre muito mais o jogo; aqui o doutor passou o remédio, eu não tenho dinheiro, como é que eu vou fazer?” MED. 2.1.

“Só que eu com [a enfermeira], a gente não conversa muito não, a gente não tem muita intimidade. Tenho mais intimidade com [a atendente] do que com ela, entendeu? Com a [a atendente], eu sou mais ligada ...” USUÁRIA 1.1.

“Têm coisas mais importantes, por exemplo, assim, como você ter que conversar muito com o povo. Porque tem muitas pessoas que, às vezes, ele vem no Posto de Saúde, às vezes, ele não vem até em busca de remédio, ele vem em busca de uma palavra amiga sua. Às vezes, ele chega ali até pra brigar com você, entende? Então se você não souber conversar com ele, né? Igual aquele ditado que diz: “Palavra branda, desvia o furor. “Então se você não souber como falar, ele vai te tratar mal, né? E você não vai saber como responder... Eu acho assim, que o mais importante, eu acho que é isso, cê tratar bem a comunidade. Porque, é um povo carente, sofrido, muito sofrido, eles precisam muito do carinho e amor da gente.” AUX. 2.1.

“Ela [enfermeira] labora muito mesmo por aqui, sabe? Muito mesmo, e inclusive, eu gostei, particularmente, do jeito dela tratar o povo, entendeu? Tratar a comunidade ..., ela é assim [...], ela é o povo, entendeu? Ela é o povo, então tudo que diz respeito a comunidade, ela tá sempre junto ali, entendeu? Pra ajudar, pra ajudar no que ela pode...” AUX 2.1.

A enfermagem também não se caracteriza apenas como um trabalho auxiliar à consulta médica, prestando atendimento individual: pode-se constatar que a participação da enfermeira nas atividades administrativas e na gerência, bem como naquelas atividades ligadas à assessoria junto aos Conselhos de Saúde, favorece as transformações comprometidas com a mudança do modelo assistencial dominante e, conseqüentemente, com a Saúde Coletiva.

A atividade de assessoramento aos conselhos realizada pela enfermeira e a assistente social aproxima-as da população, possibilitando o conhecimento de suas reais necessidades para possíveis transformações. É uma atividade política, de alcance coletivo no sentido de instrumentalizar a população na defesa de seus direitos. Com essa atividade, a enfermeira amplia seu campo de atuação, mostrando a mudança no perfil de suas atividades. Essa mudança é determinada por transformações na realidade social, em função das novas formas de organização da população. Como experiência recente, é ainda um processo de aprendizado, no qual os Conselhos vêm amadurecendo a idéia de participação e representatividade.

“Até então, a idéia de participação popular, ela não tava assim tão clara. Ela tava clara no maior sentido de reivindicação, de você batalhar pelos direitos. Mas eu acho que é batalhar pelos direitos também o próprio conselho, o morador está estimulando seus colegas moradores, vamos dizer assim (né?), para está conhecendo o quê que é a questão da saúde, por onde passa pelo processo saúde-doença, como é que ela caminha e pra aí tá lutando pela melhoria da condição de vida. Então, essa é uma das atividades também.” ENF. 2.1.

Neste tipo de unidade, que se configura como de transição, é possível dizer ainda que, como um instrumento da saúde coletiva, ela confirma alguns aspectos do modelo epidemiológico, tentando aumentar o grau de resolutividade dos problemas de saúde da população da área de abrangência. Existe, na prática desta unidade, um movimento de transformação do modelo assistencial clínico em direção ao modelo epidemiológico. Os profissionais desta unidade reproduzem ainda as ações do processo de trabalho tradicional – centrado no clínico e no pronto atendimento ambulatorial – mas levam em consideração as possibilidades de se trabalhar em os aspectos epidemiológicos da região, tentando, portanto, romper o modelo dominante.

Conclui-se, portanto, que nesta unidade ambos os modelos coexistem de forma conflitiva.

3.3 - O Trabalho de Enfermagem no Tipo Inovador: a possibilidade da construção do “novo”

O Tipo Inovador tem como lógica a promoção à saúde, a vigilância à saúde, as ações de planejamento e programação, priorizando o atendimento a grupos de risco, através da consciência sanitária que a equipe vem tentando adquirir para atuar na sua área de abrangência determinada com a territorialização. A UBS tem implantado o Programa de Saúde da Família – PSF, que vem sendo entendido como uma política de saúde no direcionamento da saúde coletiva. Como se viu anteriormente, a unidade passou a ser chamada Unidade de Saúde da Família. Este fato destaca a importância política do Estado na adoção de estratégias capazes de viabilizar modificações no quadro geral da assistência à saúde brasileira.

Saúde Coletiva: as Distintas Concepções

De modo geral as concepções sobre saúde coletiva dos profissionais desta unidade, evidenciadas nos discursos dos médicos e da assistente social, estão relacionadas principalmente com a saúde da comunidade.

“Bom, Saúde Coletiva, é a saúde da comunidade em geral, né? Por exemplo, se em Juiz de Fora está tendo muita hepatite, vamos procurar saber a causa dessa hepatite em Juiz de Fora. Se Juiz de Fora está tendo muito meningite, vamos procurar saber o porque dessa meningite. No meu entender é isso, você não está preocupado com a saúde de uma pessoa, você está preocupado com a saúde de uma maneira geral. É um saneamento, melhores condições de vida, melhores salários, né? Com isso tudo você melhora a saúde da coletividade [...] Indiretamente, a Saúde Coletiva depende sim, mas 90% é condições de vida, condições de moradia, de higiene ... então é mais a parte do governo.” MED. 3.2.

“Saúde Coletiva é você analisar a saúde da comunidade num todo, não analisar..., eu acho que a diferença do trabalho da saúde da família é você analisar o indivíduo na família e na comunidade, e a Saúde Coletiva é você analisar a saúde da

coletividade e vai chegar ao indivíduo. Então você vai analisar na coletividade o que é o maior risco disto ou daquilo, dentro da coletividade.” MED. 3.2.

“É estar buscando o bem estar ... o bem estar geral da comunidade de determinada Unidade, por exemplo. Então, no nosso caso aqui, é a gente estar buscando melhores condições de educação de alimentação, de higiene, de transporte.” ASSIST. SOCIAL 3.1.

Os depoimentos acima evidenciam também a relação entre saúde coletiva e o conceito ampliado de saúde como condições de vida, dependentes de ações governamentais.

O depoimento a seguir, da auxiliar de enfermagem, associa Saúde Coletiva ao acesso universal e à questão da extensão de cobertura e à questão do direito:

“Saúde Coletiva é uma coisa que ... que tem que ser uma saúde assim, que tem que pegar em grande número de pessoas, tem que ser geral. Ela não pode ser só para, não pode ser privilégio ... né? Não pode só uma pessoa ter direito, tem que ser todos nós.” AUX. DE ENF. 3.1.

O depoimento da assistente social coloca também a saúde coletiva como resultante de ações que extrapolam a esfera específica do setor saúde, destacando seu caráter intersetorial, possível a partir da integração entre várias secretarias municipais:

“Eu não vou dizer aqui, a Unidade aqui, eu sinto que a Prefeitura ... esse programa ele está vinculado a uma determinada secretaria, mas eu acho que isso tem que ser uma frente de trabalho da prefeitura como um todo. Então, a Prefeitura ela deveria propiciar a integração entre as várias secretarias, porque já que a saúde a gente está entendendo de forma mais ampliada, a gente não pode trabalhar só com a saúde, só com a Secretaria de Saúde, a gente deveria ter acesso a outras secretarias, né? A gente planejar junto com as outras secretarias, a gente ter condição de elaborar, por exemplo, um planejamento de uma necessidade e aquela necessidade ser atendida, e isso não existe atualmente.” ASSIST. SOCIAL 3.1.

O SUS

Nas Concepções sobre o SUS, a idéia do novo associada à transformação/mudança/avanço aparece, ainda que de modo incipiente, ligada à

estratégia de implantação do “novo” modelo assistencial. Porém, não é reconhecida por todos os profissionais, nem pela comunidade .

*“O SUS é uma coisa nova, que está começando agora, principalmente para nós profissionais, mas o SUS é saúde, né? Pelo menos é o que a gente está querendo para as pessoas, para nós e para as pessoas também. Ele pode não estar funcionando bem como todos esperavam, mas pelo menos está tentando fazer alguma coisa, está começando...”*AUX. ENF. 3.1.

“Então, eu acho que foi muita mudança. Então no início dessas mudanças ficou um negócio que ninguém entendia. Foi uma confusão tão grande ... Mas agora que as coisas estão começando a fluir melhor, eu acho que o SUS de Juiz de Fora progrediu. Acho que a próxima administração deveria dar continuidade à essas mudanças. Então existe todo um trabalho que tem que ser feito ainda.” MED. 3.1.

“O Secretário anterior [foi responsável pela mudança].... Ele foi ousado demais da conta, [...] em querer mudar é [...] de uma certa forma jogar a casa no chão e começar de novo. Agora, existiram falhas e existem falhas. Só que as coisas, elas só vão caminhar, elas só vão realmente avançar se existir, por parte dos profissionais e por parte da comunidade, dos usuários, interesse e que enxerguem realmente a importância dessa mudança, ... desta inversão que foi iniciada, esse passo que foi dado. Agora, eu sinto que há muitos profissionais que não conseguem enxergar isso, infelizmente, e a comunidade também. Eu sinto que algumas comunidades, por estarem acostumadas com uma ... um modelo viciado, não aceitam bem ... esse novo modelo. Agora, eu sinto que o caminho é esse. Eu acho que o SUS de Juiz de Fora está no caminho certo. Ele está precisando de certos aperfeiçoamentos, [...] precisa de uma coordenação. Esse programa [PSF] tem que ter uma coordenação... conceitos velhos que foram reelaborados e tentou aplicar esse conceito em função de uma ... uma ... um espaço físico novo, em função de objetivos novos. Então, a coisa se deu mais em uma visão teórica, e essa visão teórica ela está sendo transformada em função de uma prática nova que está tentando ser implantada, quer dizer, estão tentando fazer funcionar.” ASSIST. SOCIAL 3.1.

No depoimento anterior existe também a correlação entre o SUS e o PSF como uma prática a ser implantada, reforçando a idéia de inversão do modelo assistencial.

Programa que, relacionado à assistência primária, é considerado um avanço pela equipe, integrando o atendimento primário ao secundário, o que é reafirmado com o depoimento a seguir:

“Dentro da assistência primária, eu acho que o Programa da Saúde da Família foi um avanço dentro do SUS. Acho que a criação dos Institutos também ajudou muito, no sentido que, se é realmente esses Institutos começarem a trabalhar criando normas e rotinas de atendimento, até para que haja esse intercâmbio entre atendimento primário e secundário. O melhor exemplo que a gente tem em Juiz de Fora é o Instituto da Mulher, tá? Que apesar de todas as dificuldades, tem conseguido fazer um intercâmbio, atenção primária / secundária, até com atenção terciária em que orienta. A gente faz o atendimento primário aqui, encaminha ao atendimento secundário. Então, de todos que tem funcionado, melhor é o Instituto da Mulher. MED. 3.1.

As usuárias entrevistadas destacaram o atendimento à família como fator positivo fundamental para sua satisfação, incorporando a idéia de primeiro atendimento. O depoimento a seguir confirma esse reconhecimento:

“Eu acho que é bom, porque se uma criança está passando mal ela [médica de família] tem competência para atender pelo menos os primeiros socorros. Algum jovem também, eu que já estou na meia idade. Então ela atende desde meu sobrinho até meu pai”... É ... eu acho que o que eles estão oferecendo está bom, porque está meio difícil para eles também, né? Eu acho que eles estão fazendo muita coisa para a gente também.” USUÁRIA 3.1./ CONSELHEIRA.

Algumas mudanças positivas do SUS estão relacionadas à gestão semi-plena, que forçou a reorganização da rede de saúde e a conseqüente criação de normas e rotinas de alguns serviços que estão sendo repassados às unidades, como mostram os depoimentos a seguir:

“Ele era um SUS que não era de uma administração semi-plena, então era um SUS que atendia a parte de atenção primária e secundária, a atenção terciária não ocorria por parte dele. Então, quando veio a semi-plena, que veio o ano passado, pegou o SUS de Juiz de Fora se modificando, mudando sua estrutura para poder receber essa semi-plena. Com essa modificação, ele teve uma mudança muito grande na base dele. Foram criados os institutos que não existiam, foi normatizado a

referência contra a referência, porque não existia marcação de consultas através da Central de Marcação de Consultas, que passou a vir para a Unidade de Saúde.” MED. 3.2.

“O SUS – Juiz de Fora, eu acho que passou, depois da semi-plena, que tem 2 ou 3 anos o SUS foi virado de cabeça para baixo [...], se tentou dar uma organização ao SUS. Foi criado uma série de mudanças dentro do sistema, na tentativa de normatizar. Alguns estão muito bonitos no papel, mas não estão tendo maior resolutividade prática. Algumas áreas estão tendo grandes resolutividades.” MED. 3.1.

“Então foram criadas algumas rotinas em algumas áreas. O instituto da mulher tem uma rotina que está sendo passada para as Unidades Básicas de Saúde. Então esse fluxo está sendo criado agora. Começou a ser feito, as Unidades Regionais que não existiam. Então houve uma mudança interna com a criação do Instituto das Clínicas Especializadas.” MED. 3.1.

Para os usuários, o SUS é associado ao atendimento médico diferenciado e à noção de equidade, que permite acesso aos pobres:

*“ [SUS] é o atendimento médico, né? O SUS mudou muita coisa, porque sem o SUS o que que seria da gente pobre? Eu acho muito importante, porque você é melhor atendida, porque a pessoa que é carente e que é pobre o médico trata muito bem.”
SERVENTE /USUÁRIA. 3.1.*

Os usuários desta UBS também reconhecem como positiva a universalização da assistência.

“Eu sei que ele [SUS] atende aos carentes. Ele atende, quer dizer, todo mundo, desde os pobres até os ricos.” USUÁRIA 3.1/CONSELHEIRA.

Mas as dificuldades ainda são muitas. A que se destaca é o estrangulamento entre os níveis de assistência, impossibilitando a integralidade, já que a assistência terciária e quaternária fica por conta da rede conveniada, evidenciando-se uma universalização limitada. Esta dificuldade no acesso a níveis mais complexos de assistência é, também nesta unidade, enfatizada pelo médico.

Tem um grande e grave gargalo em Juiz de Fora, que é o atendimento terciário.” MED. 3.1.

“O atendimento terciário no SUS está cada vez mais difícil de se conseguir, porque os hospitais são privados, em que não se consegue trabalhar nessa tabela atual do SUS e que tem reduzido substancialmente o número de leitos/SUS, né? Os hospitais públicos são poucos e precários, praticamente você só tem o Hospital Universitário e a FEMIG, que são pequenos e com a capacidade de absorção de paciente pequena. Quando você chega ao atendimento quaternário, aí que o gargalo aumenta, tá? Por exemplo, o leito de CTI geral é muito pequeno. Juiz de Fora ainda sofre de um grande problema que, para o atendimento terciário e quaternário, ele pega uma área muito grande. Então Juiz de Fora trabalha com uma área em torno de 1 milhão de habitantes, e com isso aí fica muito difícil. Até para a gente que está no atendimento primário, quando você precisa encaminhar o paciente para um tratamento mais especializado, aí o gargalo estreita muito. Eu acho que o caminho é o atendimento primário ...” MED. 3.2.

“Não, não funciona, até porque não tem a infra-estrutura do SUS, a nível de SUS o único hospital que você tem é a Santa Casa, né? Então, eu acho que está muito ... principalmente na parte de recém-nascido, se você pega um preventivo que precisa de uma UTI, o único lugar que ele tem é a Santa Casa, e você nunca consegue vaga na Santa Casa. Não é que a Santa Casa não ofereça vaga, mas ela tem que atender à demanda de Juiz de Fora inteira. Então, uma criança que nasce no Bom Pastor e precisa, vai para a Santa Casa, a criança que nasce na Maternidade Santa Terezinha vai para Santa Casa, a criança que nasce na Casa de Saúde, a criança que nasce na Santa Casa, as crianças que nascem nas cidades vizinhas têm que vir tudo para cá, que é o único lugar que tem UTI infantil. Então chega uma hora que não tem condição, você tem que se virar com o seu paciente sem UTI. O que faz é que fica lá no hospital mesmo e a gente vai trabalhando em cima dele e muitas vezes consegue sair muito bem, quando saía quando não tinha UTI, porque a UTI é recente. Então você tendo recursos, paciente de convênio nessa área tem mais condições. Agora, a questão de atendimento à nível hospitalar, pelo menos no hospital que eu trabalho, se precisa de fazer uma modificação tal, ela é feita independentemente de ser SUS ou convênio. Se precisa de fazer qualquer conduta é feita, lá pelo menos eles não criam muito caso quanto a isso. Se precisa de usar um antibiótico que é muito caro, a gente usa e não está nem aí, está

usando porque precisa. Eu acho que a parte de tratamento dentro do hospital, pelo menos onde eu trabalho, não tem diferença do paciente do SUS com o paciente particular ou convênio. Agora, a parte de recurso, sim. Às vezes você precisa de fazer um exame de sangue mais sofisticado, que o paciente do SUS não tem direito. Às vezes você precisa de fazer uma ultra-sonografia ou uma tomografia e o paciente do SUS não tem direito, então demora muito para ser conseguido.” MED. 3.1.

Embora deixando a desejar, outros avanços positivos são identificados pelo médico, no que diz respeito aos exames:

“Às vezes o [resultado é demorado]. Às vezes você pede um exame e demora 3, 4, 5 dias para chegar o resultado na Unidade, tá? E quando chega às vezes vem ainda material insuficiente ... Eu acho que isso ainda precisa melhorar um pouco. Mas eu acho que melhorou muito.” MED. 3.1.

Os usuários valorizam muito a distribuição necessária de medicamentos a determinados tratamentos, fundamental para a população da área de abrangência da Unidade, que não tem, de modo geral, condições de comprá-los.

“Ele dá o remédio, nos Postos de Saúde.” USUÁRIA 3.1/CONSELHEIRA.

Uma mudança reconhecida como positiva pela equipe em relação à medicação foi a padronização da lista básica de medicamentos que, segundo alguns médicos, chega a resolver 90% das necessidades da população da área. O depoimento de um deles resume os outros:

“Essa padronização de medicamentos que eles fizeram, eu acho que falta padronizar [ainda] alguns medicamentos ... tá?, que são muitas vezes necessários. Complemento vitamínico, por exemplo, só tem o Sulfato Ferroso, e tem mais coisas para padronizar. O que está aí é o básico e dá para você resolver 90% da Unidade dá para você resolver com o que a gente tem aqui, ser não der mais.” MED. 3.1.

As usuárias entrevistadas reconhecem como muito positiva a existência da Unidade no local, pela facilidade de acesso geográfico, refletindo a pouca distância entre ela e as residências da população de sua área de abrangência. O fator econômico é preponderante nessa avaliação, como mostra o depoimento a seguir:

“Facilitou, facilitou porque a gente não gasta mais passagem de ônibus, né?”

USUÁRIA 3.2.

Atendimento Domiciliar

Apesar da inexistência de um setor específico de visitação, o atendimento domiciliar foi outro fator destacado. As VDs são realizadas com frequência pela equipe, atendendo no domicílio casos demandados pela população, casos detectados pela equipe, (casos que surgem a partir das necessidades dos grupos específicos) e casos que ocorrem a partir das informações recebidas do setor de informação da SMS, como pode ser constatado no conteúdo das falas a seguir:

“Aqui tem muitas coisas que eu admiro, mas tem em primeiro lugar o que eu admiro é o trabalho das enfermagens [inclui enfermeira e auxiliares], eu acho legal, porque tem muitas pessoas idosas, que não tem possibilidade de andar, não tem condição de vir até a Unidade. Eu acho que elas atendem legal nesse modo delas irem até à casa. Faz uma injeção, um curativo, conversa, que isso ajuda muito a pessoa que é doente. Eu acho isso legal da parte da enfermagem...” SERVENTE/USUÁRIA 3.1.

É importante destacar que esse depoimento apresenta um conteúdo de valorização de enfermagem, relacionado à humanização da assistência:

“... porque ele não pode andar e é muito difícil trazê-lo aqui. Ai ela vai lá em casa?... Assim, graças a Deus ele está fazendo um tratamento do problema de urina que ele tem, ai quando necessita ela vai lá em casa ver ele. Ela já foi 2 vezes ver ele. Ela já pediu para que, se houver necessidade, chamar que ela vai.” USUÁRIA 3.1./CONSELHEIRA.

Esses depoimentos puderam ser confirmados com a observação participante, e descrevem o atendimento oferecido.

A Participação da População

Outro fator importante no processo de mudança é o envolvimento da equipe com os problemas da comunidade através das relações estabelecidas com o CLS. Sua organização, anterior à construção da unidade, foi utilizada como estratégia pela SMS na tentativa de garantir a participação do usuário no processo de implantação do PSF. Para a equipe, a “Sociedade Pró Melhoramento – SPM” existente no Bairro, interessada na construção de um centro de saúde para atender à região, foi reivindicar sua construção junto à SMS, que aliou a construção da Unidade à formação do Conselho e à

implantação do Programa. Mas a mobilização partiu também de técnicos da Secretaria, sensibilizando a comunidade e escolhendo inclusive uma equipe diferenciada para atender aos seus interesses. Incentivados, alguns membros da equipe participaram em conjunto do processo, usando a lógica para construir uma experiência nova que se constituiu em aprendizado para o grupo de usuários e profissionais. Vale a pena ressaltar essa participação da comunidade, mesmo que seja apenas através de alguns de seus membros, presentes antes mesmo da construção da UBS e da constituição do próprio Conselho Local:

“Então a SPM pediu um Conselho Local de Saúde. Então a Secretaria veio aqui, ensinou como é que montava: uma meia dúzia de pessoas para fazer o Conselho. Então realmente, eles não tinham a menor noção de qual era a função deles ... mas a gente não sabia qual era a função deles também não, entendeu? [...]Então hoje a gente tenta entender junto qual é a função de cada um e ter um trabalho de parceria.” MED. 3.2.

A participação da comunidade na melhoria das suas condições de saúde, através do Conselho Local, vai além:

— Conhecendo a comunidade e divulgando as informações sobre os serviços oferecidos pela Unidade, fazendo o elo de ligação:

“Se uma pessoa está grávida, igual lá na minha rua, a gente procura saber se está fazendo o pré-natal, pede para fazer ... Porque às vezes a mãe nem sabe que aquele Posto dá atendimento para a criança. Então a gente vai falando, se uma pessoa nunca fez o preventivo, a gente fala que no Posto faz. Então o trabalho é esse.” USUÁRIA/CONSELHEIRA 3.1.

— Ajudando com os encaminhamentos à assistente social para a avaliação:

“O Conselho ajuda muito, porque entra em contato com a [assistente social]. Então a [assistente social], que mexe com as crianças, porque a partir da [assistente social] eles vão saber quem precisa ou não. Há muita coisa errada, porque às vezes um conselheiro vai ajudar quem não está precisando. Então isso foi importante.” SERVENTE 3.1.

— Comprometendo-se com o trabalho do Conselho:

“Logicamente que a gente vinha tentando que os usuários formassem uma chapa mais comprometida com o trabalho. Eu acho que esse Conselho é mais comprometido com o trabalho de conselheiro”. MED. 3.1

A Área de Abrangência e o Perfil da Comunidade

A área de abrangência da Unidade possui um comércio local precário, com bares e padaria. A maioria das suas ruas é asfaltada, com coleta de lixo duas vezes por semana, à exceção de duas, onde os moradores depositam lixo. Existe iluminação em toda a região, exceto nas vielas utilizadas com passarelas. Possui algumas áreas de ocupação, com casas de posseiros sem água encanada e sem canalização de esgotos. Não existe captação das águas pluviais na parte alta da região.

Um ano após sua inauguração (dez. 1996), a UBS possuía 721 famílias cadastradas, para a população de 3.588 hab. da sua área de abrangência, segundo o censo do IBGE-1991, projetada para 1996. Este grupo populacional possui um nível de escolaridade baixo, com grande número de semi-analfabetos. A única escola da área, com turmas do pré-escolar ao 2º grau, não atende à demanda. Existe também uma escola de 1 e 2º grau, atendendo crianças e adolescentes da “área de abrangência, apesar de ser localizada fora da mesma. Os usuários representam um grupo homogêneo em relação às “pobres” condições de vida. O CS atende predominantemente mulheres trabalhadoras (domesticas, faxineiras, lavadeiras, passadeiras), mulheres de trabalhadores pobres urbanos, crianças e idosos.

A equipe destaca três problemas na comunidade: as drogas, a gravidez na adolescência e o grande número de abortos provocados, além de hipertensão, diabetes, verminoses, e problemas respiratórios em crianças e adultos.

A Área Física da Unidade de Saúde da Família

A Unidade de Saúde escolhida para representar o tipo inovador é considerada, de certa forma, unidade-modelo pela própria Secretaria. Sua construção foi planejada tendo em vista a implantação do PSF, apresentando como justificativas: a dificuldade de acesso da população da sua área de abrangência aos serviços de saúde do Município, o perfil sócio-econômico baixo das famílias, e as “áreas de ocupação” da região, com muita

pobreza e altos índices de marginalidade e violência (alcoolismo, tráfico e uso de drogas, desemprego). Situa-se em uma zona muito pobre, na parte alta do Bairro, na rua onde é localizado o ponto final da linha de ônibus que o serve. Sua área física, embora tendo sido construída recentemente (1995) para atender ao PSF e estar bem conservada, é pequena (60m²) para o atendimento. Funciona de segunda a sexta-feira, nos dois turnos de atendimento, das 7 às 11h e das 13 às 17. Possui uma sala de recepção pequena, que serve também como sala de reuniões e sala de espera. A sala da equipe funciona como copa-cozinha, farmácia e sala para a assistente social. Possui duas salas para atendimentos diversos (individuais), usadas como consultórios médicos e como salas para os atendimentos da enfermeira. Possui também uma sala onde são feitos os curativos e a coleta de material de exames laboratoriais e ainda uma sala para “procedimentos gerais” (vacinas, injeções, nebulizações e orientações). Esta, normalmente bastante tumultuada, fere as normas básicas para a execução das atividades de imunização, motivo das constantes reclamações da enfermeira à coordenação do PSF. Existe ainda uma pequena área descoberta externa à construção. A unidade é limpa, com aparência agradável. Possui recursos como vídeo e televisão, que são utilizados na educação para saúde, facilitando a execução desta atividade com a utilização do material existente no Centro de Capacitação de Recursos Humanos e do adquirido pela própria equipe. A área física não é vista como suficiente pelos próprios profissionais, que reclamam do número de salas. A falta de uma sala para reuniões é a reclamação mais geral; a falta de uma sala para as entrevistas com o serviço social é outra necessidade que foi observada. A profissional fica sem um local para realizar o seu trabalho, que dê privacidade aos usuários. Enfim, a área física da unidade-modelo foi mal planejada e não atende satisfatoriamente às necessidades do trabalho ali realizado.

A Equipe Interdisciplinar

A equipe, majoritariamente feminina, possui oito membros, tendo sido escolhida pessoalmente pelo Secretário de Saúde. Conta apenas um participante do sexo masculino, um pediatra, que não possui o Curso de Especialização ligado à área da “Saúde da Família”. Com um contrato de 20 h/sem., trabalha, dando suporte à equipe, menos do que 15 h/sem. Os outros profissionais trabalham 40 horas semanais –

cumprindo sua carga horária contratual – divididas em dois turnos de atendimento, como foi observado. São eles: uma assistente social, uma enfermeira, uma médica, duas técnicas de enfermagem contratadas como auxiliares de enfermagem⁵⁹ (uma das quais é moradora da comunidade), uma auxiliar de serviços gerais (moradora da comunidade) e uma guarda-mirim.

A Demanda Espontânea e a Demanda Organizada

Na Unidade, existe uma preocupação com as atividades não relacionadas à demanda espontânea (consultas agendadas e de urgência), o que representa um avanço em relação ao trabalho que é realizado ainda em outras unidades. O depoimento a seguir confirma a observação realizada:

“Então, a gente não se preocupava, nesse trabalho com a visão coletiva, com essa visão de comunidade. Eu acho que até por aí, a minha visão de comunidade talvez tenha mudado até mais que a minha vinha visão da família propriamente dita. Você trabalhar em uma comunidade e você tentar descobrir realmente o diagnóstico dessa comunidade, o que nós vamos fazer com isso aqui. [Antes,] a gente fazia o que aparecia, você não antecipava nada.” MED. 3.2

Este depoimento destaca ainda a superação da visão do atendimento individual, passando pelo atendimento à família, e demonstrando uma preocupação com o coletivo através da necessidade do diagnóstico, que se constitui em um pré-requisito para a organização da demanda. Parte da demanda dessa unidade já se encontra organizada em grupos prioritários de atendimento, como veremos a seguir.

Os Programas – Os Grupos

A Unidade de Saúde da Família possui programas que são denominados no local de serviços: o Serviço de Saúde da Família; o Serviço de Atenção ao Desnutrido – SAD (com grupos agendados para toda segunda-feira), em atividade com três grupos delimitados; o Serviço Especial de Puericultura (com grupos agendados para toda terça-feira), funcionado também com quatro grupos; o Programa de Hipertensão Arterial (com grupos agendados para toda quarta-feira), que funciona reunindo clientes hipertensos,

⁵⁹ Porque não existe a categoria do “técnico de enfermagem” na SMS.

obesos e diabéticos; além do Grupo de Direitos Reprodutivos (às quintas-feiras), que tem como clientela as mulheres em idade fértil. Como se vê, todos eles têm como estratégia de funcionamento a formação de grupos, que possuem normas internas seguidas pela equipe. Todos eles possuem livro de registros. A equipe procura divulgar bastante a sua existência. Assim, nessa UBS os Programas se confundem com os Grupos Específicos de atendimento pela sua finalidade última, qual seja, a programação do atendimento às necessidades prioritárias da população. Isso pode ser confirmado diante das falas dos profissionais que pretendem desmembrar os grupos de hipertensos em grupo de diabéticos, grupo de obesos e de idosos e ainda formar grupos de adolescentes. Aqui os grupos são considerados instrumentos para o trabalho em saúde coletiva.

O SAD na UBS oferece: consultas médicas agendadas, visitas domiciliares realizadas por qualquer profissional da Unidade caso a criança desnutrida perca peso, e um trabalho educativo, “tipo sala de espera” (a reunião é realizada enquanto as mães aguardam o atendimento) com a presença da enfermeira, da assistente social e da médica da família. O conteúdo dessas reuniões consta de esclarecimento sobre o funcionamento do programa, o que é desnutrição, higiene e preparo de mamadeiras, e alimentação alternativa.

Os grupos de puericultura são distribuídos semanalmente por faixa etária: na primeira semana do mês as crianças atendidas são as de zero a três meses, na segunda semana atendem-se as crianças de quatro a seis meses, na terceira crianças entre sete meses a um ano e finalmente, na quarta semana, crianças entre um a dois anos. O primeiro atendimento é feito no domicílio logo após o recebimento da informação do nascimento pelo Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos – SINASC, ocasião em que se inscreve a criança no Serviço de Puericultura. A informação é enviada à Unidade uma vez por mês, o que pode determinar um período distante entre o nascimento e a primeira VD. Essa atividade é normalmente realizada por duas profissionais. As crianças que apresentam baixo peso são controladas por um atendimento quinzenal. Todos os casos são registrados em livro específico. No caso de faltosos ao atendimento previamente agendados é realizada uma VD por profissionais da

UBS. No caso de mães que trabalham, quando a VD precisa ser realizada à noite o CLS é acionado com a orientação da assistente social.

O Programa de Hipertensão Arterial é desenvolvido através de Grupos, com número limitado de hipertensos. Estes só são inscritos após um período de dois meses de acompanhamento médico. O agendamento para as consultas médicas ou de enfermagem é realizado a cada 30/60 dias, de acordo com o tipo de hipertensão (leve ou moderada). No caso dos faltosos é feita a busca ativa pelo assistente social ou pelo CLS, com a orientação desse profissional. O trabalho educativo é realizado principalmente pela médica com a presença de outros profissionais, através de reuniões, com apresentação de vídeos. A médica de família assume a maior parte do trabalho com os grupos de hipertensos, o que parece estar relacionado à sua especialidade (cardiologia). Os medicamentos, alguns⁶⁰ inclusive, não fazendo parte da “lista básica”, são distribuídos após cada reunião, através de um rigoroso controle, pelo profissional disponível no momento.

Os Grupos de Direitos Reprodutivos são orientados pelo Instituto de Saúde da Mulher, funcionando com o mínimo de três encontros para as atividades educativas. A proposta inicial era realizar um grupo mensalmente, até se atingir a meta de 100% da população em idade fértil. A atividade teve início recentemente e tem contado com a médica, a assistente social e a enfermeira esporadicamente (pela falta de tempo disponível). Na Unidade a assistência integral à mulher compreende várias ações: consultas médicas ou de enfermagem para o pré-natal e “preventivo”, orientações individuais, visitas domiciliares e trabalho educativo tipo sala de espera (antes do início do atendimento). A partir da orientação, cada mulher faz opção pelo método que lhe convier, que é registrado após a discussão com o parceiro. Existe oferta gratuita de diafragma, preservativo, anticoncepcional oral, espermicida. Até o final de coleta de dados, os profissionais da Unidade não haviam passado por treinamento com relação ao DIU e ao diafragma. Quando escolhido pelas mulheres, estas são encaminhadas ao Instituto de Saúde da Mulher, onde são orientadas, recebendo e /ou colocando o método preferido. Quanto aos demais, qualquer profissional pode liberá-los mediante registro em livro próprio, para posterior controle.

⁶⁰ Adquiridos através de representantes de laboratório pelos médicos.

Circula ainda entre os profissionais a idéia de se formar em grupos de idosos em parceria com o Pro-Idoso⁶¹, e outros de diabéticos.

As normas internas de funcionamento dos diferentes grupos, cuidadosamente registradas, diferentemente das outras unidades, foram elaboradas pela assistente social e a enfermeira após discussões entre os profissionais, a partir dos programas existentes na SMS.

A Vigilância Epidemiológica

As atividades de vigilância epidemiológica na Unidade vão além da simples notificação compulsória das doenças. A equipe faz o acompanhamento domiciliar dos casos notificados, mantendo contato constante com a Superintendência de Epidemiologia. A observação de uma visita domiciliar no caso de hepatite, feita pela enfermeira e pela médica, permitiu visualizar a interligação com o setor ao qual elas recorreram para pedir ajuda sobre a conduta a ser realizada. Todas as dúvidas foram resolvidas via telefone.

As Atividades de Planejamento

As atividades de planejamento, só observadas nesta unidade, ficam nas mãos da assistente social e da enfermeira, conforme mostra o depoimento a seguir:

*“O planejamento a gente tem que sentar juntas para planejar. Nós [enfermeira e assistente social] é que ficamos responsáveis pela elaboração dos projetos, porque a gente veio atuando e agora a gente percebeu que está a equipe toda já tá mais ou menos estruturada e consciente do que a gente tem que fazer, nós sentimos necessidade de colocar isso no papel, [...] e sistematizar. Ai, nós duas sentamos, até pelo próprio tempo que a gente está tendo mais, então nós sentamos, elaboramos. A gente está percebendo que não está havendo atrito, a gente tem conseguido fazer isso bem, tá?
ASSIT. SOCIAL 3.1.*

Sabendo que a participação e o controle se fazem no exercício da cidadania, os profissionais têm enfatizado o planejamento participativo, com o envolvimento dos

61 O Pro-idoso é um Programa da Associação Municipal de Apoio Comunitário - AMAC.

conselheiros, enquanto facilitadores do processo de gerenciamento das ações de saúde, discutindo com eles as questões específicas nas reuniões do Conselho Local.

As Reuniões

Um fator positivo de integração da Unidade são as reuniões realizadas mensalmente com o Conselho Local com a presença de todos os profissionais da equipe, incentivadas pela SMS. Assim consideradas por contribuírem com a funcionalidade interna e externa da UBS, essas reuniões favorecem as articulações entre a própria equipe multidisciplinar, além de fortalecerem as relações com a comunidade, através dos conselheiros:

“Vinha na reunião do conselho de saúde, mas ainda eu não atuo, eu não participo do conselho. Mas eu participo dessas reuniões mesmo para observar como que é um trabalho de um conselho, porque eu tenho em mente vontade de entrar no conselho de saúde do bairro que eu moro, né? Até mesmo para entender e poder passar para eles, porque eu já notei que eles têm muita dificuldade de entender o que é o conselho de saúde. E também para passar para o pessoal, o que é o conselho de saúde. Então eu procuro não perder as reuniões para ter mais uma orientação para passar, né?” AUX. DE ENF 3.1.

“[A reunião é realizada] uma vez por mês, na segunda segunda-feira do mês [...] Mas vem bastante gente.[Normalmente eles falam] ... sobre tudo. Sobre o trabalho que você vai fazer durante o mês com o pessoal que não está comparecendo dos grupos, e também, se tem alguma reunião lá fora, quem vai participar ...” USUÁRIA 3.1./ CONSELHEIRA.

As reuniões de equipe multiprofissional são realizadas semanalmente e contribuem para a resolução dos problemas internos e para o planejamento das atividades:

“Agora, a diferença que eu vejo, é que antes (do PSF), somente o serviço social, às vezes o enfermeiro, se envolvia com esse trabalho, agora não. Por exemplo, aqui a gente realiza uma reunião mensal, onde participam o médico, auxiliar, o enfermeiro e o assistente social. Então, quer dizer, um trabalho em equipe, mesmo as mudou

dificuldades que a gente vem encontrando, a gente consegue superar com mais facilidade do que um profissional só”. ASSIST. SOCIAL 3.2.

Essas reuniões também se constituem em um fator integrador da equipe para o trabalho interdisciplinar, já que vêm acontecendo na Unidade, com confirma o depoimento a seguir:

“Logicamente cada um trabalhava mais com a sua área, sabe? A gente sempre se respeitou muito, a gente sempre trabalhou muito bem. Não havia essa interdisciplinaridade de você está fazendo um negócio, aí vai e passa um e te ajuda, resolve junto. Essa dinâmica não tinha do jeito que é hoje.” MED. 3.2

A Falta de Supervisão Local – A Supervisão Indireta

Um fator que prejudica a integração da equipe e a inversão do modelo é a falta de supervisão da Secretaria. Uma supervisão facilitaria a continuidade do trabalho já existente, bem como ampliaria/criaria possibilidades de trocas entre as unidades, e entre outros setores da SMS. Entende-se que a falta de supervisão da SMS esteja ligada à redução de custos.

O contato estabelecido entre alguns profissionais e a coordenação do Programa de Saúde da Família é informal, ficando mais a cargo da médica de família da Unidade, como pode ser detectado através de entendimentos por telefone e conversas informais com a mesma. Segundo os profissionais entrevistados, a coordenação⁶² do PSF só esteve uma vez na Unidade:

“[...] superintendente de assistência à saúde e ela está como chefia máxima, porque esse programa está vinculado à superintendência dela. Nós temos uma coordenadora [...] é médica, tá? E ela está ... coordenando mesmo o programa a nível de Secretaria. Agora, eu acho pouco. Deveria ter uma equipe, tá? O ideal seria uma equipe, ... que entrasse mais em contato com as Unidades, que estivesse mais presente nas Unidades e propiciasse mais trocas. [...] Tivemos uma visita ... tá? no intuito dela [coordenadora do Programa] até colher informações de como estava sendo desenvolvido o trabalho em cada Unidade. Agora, não foi possível realizar outros contatos, outras vindas realmente, outras supervisões, em virtude dela ser sozinha. Pra

62 A Coordenação do PSF no Município era realizada, até a coleta dos dados da pesquisa, por uma médica da Secretaria que estava lotada na Superintendência de Assistência à Saúde.

se reunir com a equipe a nível de ... até de fazer uma avaliação ... uma vez, porque fora nós já tivemos visitas de profissionais de outras áreas. Houve um momento que ... como tinha sido implantada a marcação [...] via central de marcação, então veio um responsável pela Central conversar com a equipe, tá? Teve também um instante que a pessoa que estava assumindo a parte de administração sentou com a equipe para ver o que que tinha aqui, e do que que a gente estava necessitando, a nível de material, tá? ASSIST. SOCIAL 3.2.

“[A Visita] ... foi avaliação de como estava e do que se poderia fazer. Um planejamento por alto do futuro. E avaliando também a capacidade da Unidade e também da equipe, o que ela poderia chegar a fazer e que capacidade que ela tem de acordo com a estrutura física, funcionário ...” ENF. 3.1

Como o processo de implantação do Programa está ainda no seu início, era de se esperar que os contatos com a “Unidade Modelo” fossem mais freqüentes e formais, para que através de avaliação embasassem o trabalho nas outras unidades.

Não existe também um processo sistemático de avaliação e controle do serviço na própria unidade por parte da SMS. A avaliação do nível central é realizada através dos relatórios de atendimento médico, através dos boletins mensais de imunizações – BIMs e dos boletins gerais de atendimentos das unidades:

“Preencho todo dia o relatório diário e o relatório mensal.” MED. 3.1.

Mas, segundo os profissionais da equipe, outras estratégias de avaliação foram aplicadas pela Coordenação do Programa, como a realização de um seminário. Porém a sua finalidade foi questionada por alguns profissionais, como resume o depoimento a seguir:

“Agora, recentemente, foi feito um seminário, que seria um seminário de avaliação, e o objetivo foi deixar alguma coisa documentada, porque nós estamos em transição de administração. Mas eu acho que foi pouco. Deveria ter uma coisa mais sistemática, sabe? Uma coisa que acontecesse mais vezes, com mais freqüência e já estabelecido, vamos dizer assim ... uma coisa periódica, de tempos em tempos, né?, sabendo que isso ia acontecer.” ASSIST. SOCIAL 3.1.

O Perfil Profissional, o Compromisso com a Comunidade e a “Relação de Troca”

Foi possível observar na Unidade um fator bastante positivo com relação ao atendimento: nota-se o comprometimento dos profissionais com a comunidade, em particular o do médico de família, o que se constitui em mudança, como reafirma o depoimento a seguir:

“O médico de família, no caso a médica que trabalha conosco aqui, além desse atendimento, [...] no caso o usuário enfermo, ela também se envolve com outras questões, com outras tarefas executadas pela equipe. Então, por exemplo, ela participa do trabalho educativo. O grupo de hipertensos que ficou sob sua coordenação [...] quando tem que dar uma palestra, ela quem fica responsável [...]. Ela também faz visita domiciliar, esse atendimento ao recém-nascido se for ela que estiver disponível ela vai, o trabalho com a mulher que é o trabalho de direitos reprodutivos, ela também faz e as ações mesmo. Ela atende da criança ao adulto, então ela tem um conhecimento maior da família, ela vê não o doente, ela vê o indivíduo que faz parte de uma família, que está em uma comunidade, ela tem essa visão. Então, isso mudou ... a gente vê a diferença. Está mais envolvida com a equipe, porque a maior parte dos médicos infelizmente eles não se envolvem. Eles executam as suas funções, mas não tem esse relacionamento, não senta para uma reunião, por exemplo, pra estar avaliando o trabalho, para estar elaborando propostas. Então isso tudo é feito agora.” ASSIST. SOCIAL 3.2.

Parece ter havido uma mudança na concepção assistencial, pois o perfil dos profissionais que trabalham nesta unidade mudou. Este perfil, construído anteriormente pela própria formação e experiência adquirida, pode ter sido ampliado pelos cursos específicos para o trabalho com as famílias:

“Depois dessas especializações que cada profissional passou em momentos distintos, e também eu acho que isso é em função do perfil do profissional, não é qualquer profissional, mesmo ele passando pela especialização, que ele vai sair com essa visão não. Para mim, o profissional já tem um perfil anterior ... tá? Então, quer dizer, a especialização, a informação, ela vai conseguir ampliar essa visão, tá? Vamos dizer despertar aquilo que ele já tinha mais ou menos guardado, mas ele não enxergava

mesmo, mas de repente ele, como ele foi se informar, ele conseguir conciliar, é ... ver a interação de cada de ... das questões". ASSIST. SOCIAL 3.1.

E logicamente, não acontece com todos os profissionais. O pediatra que dá suporte à equipe atende somente à demanda para a consulta pediátrica, não participando do atendimento às crianças dos grupos de puericultura e desnutridos. O depoimento dele mostra a Unidade como sendo um lugar de profissionais interessados no desenvolvimento do trabalho a partir do PSF, colocando-se fora desse mesmo trabalho, por uma questão econômica:

"É, porque aqui eu já vi o médico passar para a auxiliar, a auxiliar vem e dá um retorno. Parece que essa troca é uma das metas, ou uma das ações do próprio envolvimento no Programa de Saúde da Família..., porque em outros Postos e mesmo dentro do Programa de Saúde da Família que não tem nada disso...para mim não dá não, ficar o dia inteiro no Posto ... Eu tenho consultório particular. É por uma questão econômica, né?" MED. 3.1.

"Aqui é um lugar bom de trabalhar. Tanto é que eu briguei para trabalhar aqui, porque já era pra mim ter saído daqui a muito tempo. Mas é um lugar bom, o pessoal tem um relacionamento bom ... o trabalho é direto, a gente vê que está todo mundo interessado. Trabalhar em um lugar em que apenas você está interessado, e ninguém quer fazer nada, aí fica difícil." MED. 3.1.

Assim, o trabalho da equipe é diferente do realizado nas unidades onde não existe o PSF. A concepção assistencial do trabalho da equipe inclui a organização da demanda da área da abrangência para uma efetiva assistência de equipe, e não só do médico, que significa tratar e prevenir a doença individualmente e coletivamente, promovendo a saúde da população. O depoimento a seguir reforça a idéia:

"Logicamente deve se estender o Programa de Saúde da Família na visão holística do negócio. Não é colocar um médico de família para fazer prevenção e promoção de saúde. Eu acho que o médico e toda a equipe não tem como função só prevenir, mas tratar, porque a idéia é a seguinte: a equipe de saúde da família vai promover [a saúde] e prevenir [a doença]. Não vamos colocar um médico para atender 18 consultas por dia, e ficar 2 horas por dia na Unidade para atender a demanda. Você está vendo que por aqui há uma demanda, mas não é uma demanda que desespere. Se

“você trabalhar a demanda, se você atende, você disciplina a demanda. Quanta coisa que não passa por mim, né? Quanta coisa que a [enfermeira] resolve que a [assistente social] resolve, que [auxiliares de enfermagem] resolvem. Então não tem necessidade de passar pelo médico.” MED. 3.2.

Existe o interesse constante pelo problema do outro, uma aproximação dos técnicos com a população. A comunicação entre os profissionais e entre profissionais e população é um fator de integração da equipe e como se pode observar todos os profissionais conversam sobre os problemas dos usuários.

No tocante à comunicação entre os membros da equipe evidencia-se uma relação de intercâmbio técnico, o que facilita o desempenho dos diferentes profissionais. No entanto, seu grande desafio é a proposta de trabalho interdisciplinar:

“A organização de serviço mudou, porque hoje existe um compromisso ou uma tentativa, uma busca do trabalho interdisciplinar. Antes poderia até acontecer de uma forma espontânea em determinadas áreas, mas não havia essa busca do trabalho interdisciplinar, entendeu? Era uma coisa mais ou menos distante, cada um, a enfermeira cuidava da parte dela, entendeu? Eu cuidava da minha, a assistente social jogava no meio termo, cada hora com um, na medida que necessitasse. Mas não havia esse negócio, de você analisar aquele negócio, aquela área, aquele grupo de usuários e analisar qual que seria a prática que você teria que desenvolver ali para promoção, para prevenção ou mesmo para assistência, o que era importante. A gente não tinha um diagnóstico de saúde ...” MED. 3.2.

O fato de se ter um objetivo comum, trabalhar em cima de um diagnóstico de saúde, diagnóstico este que é supraprofissional, é visto como fator facilitador das relações profissionais e unificador do trabalho em equipe. Como já foi visto anteriormente, as reuniões da equipe realizadas semanalmente e as realizadas com o Conselho Local mensalmente têm contribuído para a integração interdisciplinar do trabalho realizado pela equipe de profissionais dessa unidade.

A Formação da Equipe – o Preparo Formal para o Trabalho com as Famílias e as Tentativas de Interdisciplinaridade

Outra questão que deve ser considerada é a experiência adquirida anteriormente pelos profissionais da SMS com uma prática diferenciada, tendo em vista sua

qualificação teórica e visão de mundo. Vários deles, entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, fizeram os Cursos Descentralizados de Especialização em Saúde Pública, ministrados pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP em convênio com a Escola de Saúde de Minas Gerais – ESMIG, a Prefeitura Municipal e a Universidade Federal de Juiz de Fora. Foram realizados quatro cursos no período compreendido entre 1985 e 1994, que instrumentalizaram profissionais do serviço e da Universidade para as discussões do setor saúde e para a sua prática na rede de Juiz de Fora, antes do PSF. Esses cursos foram importantes também, porque subsidiaram a formação de sanitaristas planejadores e administradores. Uma característica deste tipo de formação, em contraponto aos cursos do PSF por categoria, é que ele reforçava o caráter multidisciplinar e interinstitucional, permitindo reunir diferentes profissionais de diferentes formações e instituições nos cursos. Estas oportunidades de formação permitiram aos profissionais uma ampliação de sua visão de mundo, influenciando na sua prática profissional.

O curso de “Saúde da Família” ministrado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ (término da primeira turma foi em março de 1995) na realidade não foi suficiente para estabelecer parâmetros definitivos, mas ao menos iniciou e/ou fomentou uma discussão que está tendo desdobramentos na prática das Unidades de Saúde. Nesse sentido, ainda houve um grande apoio político por parte do então Secretário da Saúde, que facilitou e incentivou as discussões entre os profissionais sobre a ampliação e/ou modificação dos setores da SMS que estavam sendo trabalhados na sua gestão:

“O que eu fiz lá foi uma revisão de conteúdo técnico de áreas específicas da prática médica: ginecologia, pediatria, idosos, entendeu?. A gente tinha um encontro semanal com cada um deles [preceptores]. Nesse momento a gente analisava muito e discutia muito esse negócio da prática, da mudança de atitude da mudança de visão, entendeu? A gente leu muito esse tempo todo, e a gente discutiu muito entre o próprio grupo. Então foi um processo longo. Nós viemos para Juiz de Fora, onde a discussão foi muito rica, sabe? Foi quando a gente começou a fazer parte dos institutos que já existem aqui, que é o Instituto da Criança, da Mulher, Saúde Mental, Epidemiologia. Foi basicamente esses 4 grandes grupos, que também foi um período que a gente discutiu muito, dentro da própria Secretaria, com o próprio [Secretario Municipal de

Saúde], *que tem uma cabeça muito boa, no sentido de que o* [o Secretário de Saúde do Município], *é uma pessoa de grandes idéias. Ele sonha, mas ele tem a idéia do coletivo.*” MED. 3.2.

Mas a visão adquirida pela médica não pode ser considerada a mesma da adquirida pela enfermeira ou pela assistente social, muito menos pelas auxiliares de enfermagem, que apenas realizaram treinamento para o PSF. Os cursos foram realizados em épocas e escolas diferentes, e o próprio processo de discussão dentro da instituição só privilegiou os médicos, até porque estes foram os primeiros profissionais a se especializarem, ficando teoricamente preparados antes do restante da equipe. Anterior a isso, há também a formação acadêmica dos profissionais de saúde, bastante diferenciada entre si:

“...o meu o da enfermagem e o da assistente social foram cursos distintos realizados em épocas diferentes.” MED. 3.2.

“...falha assim que a gente viu na avaliação, foi em relação à prática. Ele foi muito teórico. As pessoas realmente que ministraram, elas não tinham prática ... é ... em trabalhos dessa natureza ... né? Então continuou teórico, e no dia a dia, agora, é que a gente tá percebendo assim a falta [...] que isso ocasionou [...] a gente recebeu informações sobre a importância dos dados epidemiológicos, por exemplo. Agora como se trabalhar isso no dia a dia não foi passado. Então, agora na prática a gente tá tentando buscar um caminho em equipe, entendeu?” ASSIST. SOCIAL 3.1.

Não temos depoimentos das enfermeiras em relação ao Curso de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade, porque na época da observação participante e da realização das entrevistas as enfermeiras ainda não haviam finalizado o curso. No entanto, foi possível uma posterior análise, através de depoimentos de entrevistas informais com enfermeiras e com a representante da SMS na coordenação do referido Curso. Constatou-se, dessa forma, que a avaliação das alunas enfermeiras de modo geral foi boa, principalmente pela metodologia utilizada durante o curso – metodologia da problematização – que segundo as mesmas favoreceu a reflexão conjunta sobre a prática. Por outro lado, a maioria dos temas abordados representou uma repetição parcial do Curso de Graduação em Enfermagem, o que de maneira geral não acrescentou muito aos objetivos propostos pelos idealizadores do Curso. Diga-se de passagem que a

proposta original do PSF não foi sequer lida pelas alunas. Não aconteceu uma aproximação teórica entre a perspectiva da mudança de modelo e a proposta do Ministério. A ênfase do Curso foi dada à consulta de enfermagem, que reproduz o modelo biomédico, o que vemos como contradição, no momento em que se pretende a visão dos profissionais de saúde voltada para o modelo epidemiológico. As enfermeiras fizeram ainda referências à falta de discussão sobre a integração interdisciplinar e sobre saúde coletiva, apesar de os módulos teóricos contemplarem superficialmente estes temas. O Curso de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade constou de três módulos, assim distribuídos: MÓDULO 1: Epidemiologia Geral, Clínica e Aplicada - 105 horas; Semiologia de Enfermagem - 105 horas; MÓDULO 2: Enfermagem no Controle das Doenças Transmissíveis - 195 horas, Enfermagem na Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente - 270 horas, Enfermagem no Atendimento à Saúde do Adulto - 105 horas; MÓDULO 3: Administração dos Serviços de Enfermagem - 195 horas, Processos Metodológicos e Educação - 105 horas. As disciplinas eletivas oferecidas foram: Informática em Saúde - 30 horas, Metodologia Científica na Resolução de Problemas - 75 horas, Tópicos Especiais em Saúde Coletiva - 30 horas, Tópicos Especiais de Políticas de Saúde - 45 horas. Cabe aqui uma nota crítica aos conteúdos dos módulos. É singular, num curso que se pretende “mudar a visão” dos profissionais, considerar apenas como “tópicos especiais”, minimizando sua importância, as disciplinas Saúde Coletiva e Políticas de Saúde.

Acreditamos terem sido estes fatores – cursos/conteúdos separados por categoria profissional; conteúdos desarticulados com a mudança da prática, distantes do “novo modelo” – que, ao nível mais geral, dificultaram a integração das equipes multidisciplinares. Pelo que pudemos avaliar, o processo de formação teórica de todos os profissionais foi considerado distante do modelo que se pretende adotado. A falta de simultaneidade no processo de formação bem como as diferenças curriculares dificultaram a integração da equipe, principalmente no que diz respeito ao planejamento das ações de saúde para o atendimento da comunidade, já que o retorno dos profissionais às unidades se deu em momentos distintos.

Até o final da coleta de dados, o planejamento conjunto da unidade em questão (contemplando a interdisciplinaridade) ainda não havia sido totalmente elaborado.

Segundo a enfermeira, o planejamento estava sendo feito gradativamente, já que o diagnóstico da situação de saúde estava pronto. A experiência da autora enquanto aluna e membro da coordenação de um dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública em Juiz de Fora leva a crer que o resultado final poderia ter sido mais significativo se o Curso de Saúde da Família fosse multiprofissional, com o mesmo conteúdo para todos os profissionais, facilitando, já na fase de aprendizado, a integração interdisciplinar. Essa separação, que acontece com muita frequência na área de saúde, reforça de forma indireta o corporativismo médico, já que os médicos desempenham “*o papel secular de agente da vida e da morte, sofrendo por outro lado ação da classe dominante*” (AMÂNCIO, 1977, p. 19). A título de reforço, citamos ainda como exemplo a situação ocorrida no I Encontro Regional de Atualização em Atenção Primária à Saúde, realizado no período de 04/09 a 06/09/97 em Juiz de Fora. Neste evento, voltado para médicos e enfermeiros inseridos no nível primário de atenção à saúde, visando à educação continuada, os enfermeiros foram separados dos médicos para discutir semiologia cardiovascular e respiratória, assunto de domínio dos médicos, com quem os enfermeiros teriam muito a apreender para participar de forma mais efetiva das discussões em nível local. Isolados, os enfermeiros não viram suas dificuldades sequer levantadas pelos professores, numa proposta de educação continuada para contemplar temas estratégicos em APS⁶³. Fatos como este limitam as possibilidades de intervenção do enfermeiro, dificultando a transformação da realidade, sobretudo se considerarmos que o Curso de Saúde da Família foi pensado como elemento estratégico para a mudança. O médico de família, no entanto, ao se referir à organização do serviço, afirma que existe a tentativa de mudança por parte da equipe, o que foi realmente observado na prática, com os pedidos de ajuda e as trocas constantes de informações entre os profissionais e para resolver determinados casos individuais; nas atividades de planejamento da própria unidade; e interação da mesma com os outros setores da SMS:

“...[A] organização de serviço mudou, porque hoje existe um compromisso ou uma tentativa, uma busca do trabalho interdisciplinar.” MED. 3.2.

63 O Curso de Semiologia Cardiovascular Respiratória foi ministrado para os enfermeiros por professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Com relação à equipe de enfermagem, merece destaque o fato de as duas auxiliares da Unidade possuírem como nível de escolaridade o Curso Técnico em Enfermagem, categoria que não é reconhecida pela SMS, representando um fator de desestímulo para as mesmas, que investiram financeiramente na sua formação. Esse não reconhecimento está ligado a redução de custos da política mais geral do setor saúde:

“Você faz um curso, você gasta muito, principalmente, eu estou respondendo por mim, eu gastei muito, eu me esforcei demais para fazer um curso técnico e eu ainda tenho muita vontade de estudar, de continuar, de fazer um curso superior, mas eu não tenho condições financeiras para isso. Isso me desmotiva, tira meu estímulo”. [...] Então, isso já tira a sua motivação de ter, assim, aquela garra para você investir nessa profissão.” AUX. DE ENF. 3.1.

Contraditoriamente, essas profissionais de enfermagem são valorizadas por toda a equipe, que as incentiva na ampliação de suas atividades para o trabalho de ordem mais intelectual:

“... hoje dentro deste programa, eu percebo assim, uma grande diferença. Eu já trabalhei nos dois modelos. Então, quando eu trabalhava em Linhares, eu percebi que os auxiliares, eles ficavam muito em função da parte técnica mesmo. Era aplicar injeção, medir uma pressão, aquele procedimento que peculiar à sua função mesmo. Já aqui não. A gente percebe que eles já têm um perfil diferente, né? Ele já está preocupado e tem interesse com a prevenção, né? Passou por uma especialização. Então ele consegue é ... essa parte educativa, esses trabalhos em grupo, ele consegue realmente participar, entendeu?” ASSIST. SOCIAL 3.1.

Na opinião dos entrevistados, a equipe para o trabalho com as famílias ainda não está completa, faltando o suporte do dentista, do psicólogo e do nutricionista, profissionais que ampliariam o atendimento à saúde. Desses, o dentista é o mais citado nos depoimentos, mesmo porque nas outras unidades não integradas ao Programa de Saúde da Família o dentista faz parte da equipe. Porém, nessa unidade não houve nem previsão de espaço físico para um consultório dentário:

“Quando eu cheguei, que eu estava acostumada a trabalhar com o dentista, então, quando eu cheguei aqui e não vi nem a sala odontológica aqui, eu fiquei

pensando como vai ser, como eu vou orientar essas pessoas, a onde vou mandar essas pessoas procurar um dentista.” AUX. DE ENF. 3.1.

No entanto a equipe, preocupada com a prevenção, vem valorizando a saúde bucal nas suas atividades educativas, discutindo a questão com os usuários.

O Poder do Médico – O Poder da Equipe

É bom frisar que a experiência com o PSF é nova e pode ser ampliada, consolidar-se através das discussões entre os diferentes profissionais, que aportam diferentes contribuições. Neste processo, o fortalecimento da equipe diminui a onipotência do profissional médico, superando, também, o papel desempenhado por ele nas unidades descritas anteriormente.

Por outro lado surge conflitivamente, nas relações entre os profissionais, ainda que de forma discreta, um processo competitivo, que evidencia a tentativa de manutenção do lugar hegemônico do médico na equipe de saúde. No depoimento seguinte, o médico recorre ao modelo curativo individual, em outro nível de assistência para justificar essa condição:

“... acho porque realmente só quem já passou com um paciente grave na mão, sabe? O enfermeiro é responsável pelo doente, mas é responsável por executar aquilo que quem prescreveu? Quem prescreve [é o médico] se tem um paciente grave, com quadro de uma dor na urina, ele vai passar pelo enfermeiro, vai ser encaminhado, vai passar pela consulta de enfermagem. Vai chegar um ponto em que ele vai passar o paciente para mim. Ai, se eu não diagnosticar e ele morrer de septicemia alguém vai em cima da enfermeira?” MED. 3.2.

No entanto, no nível primário, existem atendimentos técnicos que são realizados independentemente do médico. A enfermeira exemplifica com a consulta de enfermagem:

“Quando tem atendimento de consulta de enfermagem, eu sou responsável, não vai ao médico não. É uma coisa que eu falo, não tou aqui para fazer diagnóstico de doença não.” ENF. 3.1.

Mas o conflito vai além, a médica de família se sente desvalorizada pela própria corporação médica, fazendo referência à necessidade de compensação:

“Até você vai ter que brigar com sua própria colega, sua própria área de atuação, naquela sensação que é um profissional de menos valia, que faz medicina de pobre, entendeu? Aí veio esse negócio de salário diferenciado [a compensação].” MED.

3.2.

E o salário diferenciado como compensação segue a lógica da rentabilidade econômica, estímulo do status do médico na sociedade capitalista (BOLTANSKI, 1984, p. 41).

Mesmo nesse cenário conflitivo é possível observar mudanças na visão do médico. Parece que a concepção assistencial passa por um processo de mudança. A visão focalizada no biológico individual volta-se para o geral, considerando o social. Isso não significa dizer uma mudança radical da prática médica. Nesta unidade, além da consulta médica individual para atendimento da demanda, a médica de família participa de atividades educativas, como sala de espera, com a enfermeira e a assistente social, e das visitas domiciliares realizadas rotineiramente, além de manter um contato interessado com o nível central da SMS. Estes indícios de mudança são fundamentais, pois este profissional sempre esteve do outro lado, defendendo outros interesses – a consulta médica e a medicalização – que ainda hoje são demandados pela população e que sempre fortaleceram sua posição privilegiada na equipe de saúde (“prescrever medicamentos é função do médico”), como já vimos anteriormente. Acredita-se que essa “nova concepção”, se é que podemos chamá-la assim, vem sendo adquirida paulatinamente, tendo recebido uma contribuição do próprio Curso de Saúde da Família⁶⁴, ainda que seus idealizadores e/ou professores não soubessem o que mudar, por que mudar e como mudar, conforme esclarece o depoimento do médico:

“Mas eu acho que houve uma intenção do curso de mudar essa visão que a gente tinha até então da prática médica, mas nem eles entendiam bem como mudar essa visão. Porque era um negócio novo. Então tinha gente, lógico que pegava medicina social lá na UERJ, é lógico que o pessoal da medicina social que trabalhava nessa área, eles têm uma visão muito mais de coletividade do que um pessoal, por exemplo, do Hospital Pedro Ernesto. Então eu acho, por exemplo, que o pessoal da medicina social [...] e a gente começou por ali, e ali eles começaram a lançar uma idéia de

64 Ministrado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

mudança. Agora, mudança buscando o quê? Entendeu? Ai vamos mudar, mas mudar com que objetivo? Procurando o quê? Já no Pedro Ernesto a gente mudava a visão dos professores ...Uma coisa que me chamou muito a atenção foi no estágio de pediatria, que eles dividiram as turmas e uma turma ia para a enfermaria e a outra ia para o CTI. Ai eu falei: “Eu vou para a enfermaria? Eu não, eu não vim aqui para ir para a enfermaria, onde você tem o melhor, a raridade! . O quê que eu vou fazer em um CTI pediátrico? ...” Então, por exemplo, recém-nascido prematuro no CTI pediátrico. A parte de obstetria só tinha pré-natal de alto risco. Porque lá é um hospital de ponta Não tinha o pré-natal normal. Inclusive isso foi uma falha que a gente teve. Já em outras áreas a gente teve uma receptividade muito grande. Por exemplo, a cirurgia, a pequena cirurgia, era realmente cirurgia ambulatorial. Faltava até mais arroz com feijão..., a ginecologia eles montaram um ambulatório de ginecologia para a gente, exatamente para você fazer o que você faria na Unidade de Saúde. Então, essas áreas foram interessantes na parte de treinamento. Agora, a parte da visão da saúde da família, talvez a gente tenha até mudado mais a visão dos preceptores do que eles mudado a nossa.” MED. 3.2.

Como mostra o grifo, a idéia de troca entre os alunos e professores existiu, mesmo porque a experiência de Juiz de Fora foi pioneira no sentido de formar profissionais especialistas em Saúde da Família, aproveitando o serviço como espaço para treinamento das novas práticas sanitárias, que passam a ser o desafio, ainda que sem definição.

O Trabalho Médico

O médico de família realiza consulta médica, dando bastante ênfase ao caráter preventivo dos problemas de saúde. Outro fato importante constatado durante a sua realização foi o respeito ao cliente. Observamos que o médico conhecia não só os usuários mas suas famílias e os seus problemas. As consultas, em geral, são mais demoradas do que nas outras unidades e as anotações mais cuidadosas. Este profissional realiza também visitas domiciliares para a consulta médica e orientações. Sua participação nas atividades de sala de espera com grupos de desnutridos, de puericultura, de hipertensos e no pré-natal, é ativa, motivando os participantes com colocações

problematizadoras, numa linguagem capaz de se fazer entender. Demonstra um interesse muito grande pelo PSF, que é por ele muito amplamente valorizado. Recentemente fez um levantamento de pesquisas realizadas mundialmente sobre Saúde da Família e Médico de Família. É um membro importante na equipe pela sua facilidade de acesso ao poder central da secretaria (o secretário, seu colega de profissão). Participa ainda das atividades de Vigilância Epidemiológica realizadas em nível local e das poucas atividades de planejamento, execução e avaliação da programação de saúde. Ela mesma resume o significado do ser médico de família:

“Eu acho que é você procurar analisar o paciente dentro do contexto que ele vive. Eu acho que é muito mais que médico da família, é um médico comunitário. Você analisá-lo no contexto da sua história de vida familiar e comunitária. Onde ele vive, de que forma ele vive o que que isso tem a ver com ele enquanto ser físico e emocional. É um negócio meio filosófico e é muito difícil, né?” MED. 3.2.

No entanto, a postura do pediatra que dá suporte à Unidade, como visto anteriormente, é bastante diferente; e mesmo atendendo aos grupos de crianças desnutridas às crianças do grupo de puericultura, seu trabalho se assemelha mais ao dos médicos “comuns” (que não médicos de família). Apesar de a pesquisa ter contado apenas com um profissional, ficou demonstrado que o médico de família realiza um trabalho diferenciado dos demais. Além do preparo adquirido com o Curso que realizou, do apoio informal que recebe do nível central, o seu salário pode ser considerado como mais um fator incentivador desse trabalho, como mostra o depoimento a seguir:

“Então eu recebo um salário do meu vínculo antigo, eu recebo um salário da AMAC, que é muito maior do que meu salário do meu vínculo antigo, e todos nós [médicos de família] recebemos é ... que agora normatizou, quer dizer, nós médicos recebemos desde o início até pela força da postura, da posição do médico, ou vai nos pagar, ou não vai ter médico de família.” MED. 3.2.

O Trabalho Extra

Existe um trabalho contínuo dos médicos com os acadêmicos de medicina e da assistente social com acadêmicos do serviço social da UFJF. É de se registrar a ausência de acadêmicos de enfermagem na “unidade modelo”, até a finalização da coleta de

dados. Esse trabalho, às vezes, não é bem visto pelo usuário, que se vê como objeto de aprendizado. “ [Os acadêmicos] *estão acompanhados, mas estão sendo aprendiz.*”
USUÁRIA 3.3.

É considerado, ainda, sobrecarga para o médico, que acaba fazendo o papel de professor sem receber remuneração por esta atividade. Assim:

“Tem 10 anos que eu trabalho com acadêmicos e nunca recebi nada da Universidade para isso... A gente é que dá a última orientação na área de pediatria, na área de clínica ... então eu acho que é muito cômodo para a Universidade mandar para os Postos e não precisar pagar a outro professor, e a gente quem acaba atendendo.”

MED. 3.1.

O Trabalho da Assistente Social

Foi possível observar que a assistente social da Unidade faz contatos com os recursos sociais da área de abrangência, promovendo e participando de reuniões com entidades locais; presta assessoria ao Conselho Local de Saúde; realiza e orienta membros do C.L.S. para a busca ativa de usuários ausentes das atividades previstas; faz visitas domiciliares para solução ou encaminhamento de problemas sociais; participa do planejamento da execução e avaliação da programação de saúde; confecciona material educativo e documentos diversos; participa das atividades educativas de sala de espera e de grupos de desnutridos, grupos de puericultura, grupos de hipertensos, no pré-natal, sendo responsável por sua organização e controle; orienta usuários quanto à organização do serviço, faz atendimento individual. Juntamente com a enfermeira organiza e controla registros da unidade; confecciona material educativo e documentos diversos.

O Trabalho da Guarda-mirim

A guarda-mirim é responsável pela marcação de consultas e exames por telefone na Central de Marcação de Consultas – CMC e para a própria unidade. Quando solicitada pelos outros profissionais para realizar pequenas tarefas, atende prontamente.

O Trabalho da Enfermagem

Na visão dos médicos, houve uma mudança nas atividades executadas pela enfermeira, com a implantação do PSF, que passou a realizar consultas de enfermagem.

“Eu acho que nesse Programa da Saúde da Família eles estão colocando a enfermeira para trabalhar mais na parte da enfermagem, né?” MED. 3.1.

“Desde que ela tenha boa vontade para fazer ... porque é uma coisa simples, não é uma coisa difícil. Essa questão da puericultura, por exemplo, é mais questão de informação, de orientação. Geralmente o neném não tem nada de patologia, é só você orientar como é que faz uma mamadeira, se pesar, orientar à mãe se a criança engordou direitinho, orientar ela quanto ao valor do leite ... O que é uma coisa mais tranqüila, né? Então, isso aí não precisa passar especificamente pelas mãos do médico, né? Pode ser pela enfermeira.” MED. 3.1.

A enfermeira realiza consultas de enfermagem de crianças inscritas na puericultura, no pré-natal e no preventivo, rotineiramente. Já as consultas para hipertensos e desnutridos são feitas esporadicamente. Como existe uma grande demanda para este tipo de atividade, ela ocupa grande parte do seu tempo. Segundo ela mesma, a população gosta de ser atendida pela enfermagem, e alguns clientes a chamam de doutora, deixando a entender que existe uma certa confusão de papéis e uma superposição de atividades. Quando inquirida sobre consulta de enfermagem, ela fez referência ao Curso do PSF que a preparou para essa atividade. No entanto, existe insegurança com relação a essa atividade, como mostra seu depoimento:

“Eu fiquei muito confusa no início, porque assim, chegava depois de terminar a marcação, chegava o paciente procurando consulta e já não tinha mais vaga e as meninas já encaminhavam para mim. Já tirava a ficha e já mandava pra mim, nem olhava para ver se era caso de urgência ou se daria para aguardar ... Eu comecei a fazer isso. Então assim, de manhã é ... isso acontece com muita frequência, eu estou trabalhando aí chega alguém e eu vou atender. E no primeiro mês, eu lembro que logo que eu cheguei, eu não computava lá no boletim mensal, eu não computava esse atendimento, ficava solto, eu não colocava nada, porque eu ficava na dúvida, eu vou colocar isso como o quê? Como consulta de enfermagem? Não é, porque eu faço onde tiver lugar, sabe, eu chego converso, anoto na ficha. No fim das contas eu bato na

porta da Josete, né? E passo para ela o caso e relato. Eu acho que às vezes eu até sei, às vezes eu até tomaria uma decisão sozinha sem consultar o médico, mas hoje eu até já tomo, mas no início eu não fazia, até porque ela não me conhecia, assim eu estava começando o trabalho depois do curso. Então até para ter aquela coisa eu ia lá e passava para ela. Ou então quando ela podia, né? Não eu estou com uma dúvida, escuta para mim que eu não estou escutando. Eu ficava assim, eu vou lançar isso como o quê? Consulta de enfermagem? Não é, mas não prescrevi, a consulta não terminou em mim. Até conversei com ela isso, ela falou assim: “Não, eu acho que você deve colocar como consulta de enfermagem. Mas até hoje eu fico na dúvida, aí eu coloco como atendimento individual.” ENF. 3.1.

Essa insegurança parece mais acentuada em relação à consulta de hipertensos, que demanda um conhecimento maior de farmacologia:

“Não que eu tenha só essa insegurança para hipertenso, eu tenho um pouco na puericultura também, no preventivo, porque eu não tive, eu não tive formação para isso na graduação, depois na especialização deu para preparar para começar. Mas eu acho que tem muito ainda para eu estar estudando, lendo, trocando idéia com o médico, com quem pode me passar alguma coisa. Essa insegurança eu acho que parte mesmo da falta de conhecimento científico, aquela coisa de farmacologia, a própria anatomia mesmo, eu acho que é isso.” ENF. 3.1.

Parece que a consulta de enfermagem, da forma e com a frequência com que é realizada, repete o modelo clínico, indo contra a mudança do modelo assistencial. Não queremos com isso desvalorizar esta atividade, que proporciona um atendimento direto ao usuário do serviço de saúde, e que pela observação é bastante bem feita, abordando aspectos psicológicos, nutricionais e em alguns casos solicitando exames laboratoriais (pré-natal) e realizando exame físico. A consulta tem o grande mérito de aproximar o usuário da enfermeira e da instituição, valorizando sua atividade profissional, valorização⁶⁵ tão esperada e desejada pela enfermeira.

No entanto, entende-se que o papel da enfermeira hoje nas UBS esteja ligado a outras atividades, como por exemplo as de gerência e as de administração da assistência de enfermagem. Nesta unidade as atividades de administração são colocadas de forma

65 Segundo Albuquerque (1989, p. 80) nos indicadores sobre o mercado de trabalho das diversas profissões o enfermeiro é o profissional de nível superior mais desvalorizado.

depreciativa pelo médico, utilizando na sua descrição o que a enfermagem realiza em nível hospitalar como justificativa, colocando ainda a necessidade de mudança:

“O que a gente observa é que, até a nível hospitalar, é que as enfermeiras tem um papel administrativo, sabe? Então, é uma prática, essa mudança de perfil a enfermagem vai ter que mudar.” MED. 3.2.

Esse “objeto-organização” é uma realidade concreta para a enfermeira (ALMEIDA et al., 1989, p. 58) que dirige e controla a assistência de enfermagem e a administração das unidades hospitalares. Na UBS as atividades se prendem à administração da assistência de enfermagem: planejamento, supervisão e orientação do serviço de enfermagem; pedido de material; reuniões com a equipe de enfermagem; educação continuada e/ou treinamento da equipe de enfermagem. O preenchimento do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA e do Boletim Mensal de Imunizações é realizado por qualquer membro da equipe capacitado e disponível para fazê-lo.

Chamamos a atenção, no entanto, para a atividade de gerência que foi assumida pela enfermeira logo após o término da coleta de dados. Esta atividade aponta para uma mudança e por si só ocupará todo o tempo da enfermeira; donde se conclui que um outro profissional enfermeiro será necessário para as múltiplas atividades técnicas, como explicam a assistente social e a auxiliar:

“Eu creio que agora uma enfermeira assumindo ou o enfermeiro ou o profissional que assumiu o cargo de gerente, vai necessitar de mais um, porque um não vai dar conta, tá? Porque já está apertado, a gente percebe que o enfermeiro, pela essas novas funções, pelo ... pelas outras funções que ele vem desenvolvendo, ele custa dá conta. Eu acho que necessitaria de mais um.” ASSIST. SOCIAL 3.1.

“... ela desenvolve todas essas atividades e o gerente ele ainda tem que é ... saber o que falta de material, saber como vai trazer esse material ao Posto, materiais que a gente precisa no dia a dia para trabalhar.” AUX. ENF. 3.1.

Com a gerência da UBS a enfermeira deverá a coordenar o processo da trabalho em saúde, articulando o trabalho de diversos profissionais da área, utilizando seu saber como instrumental capaz de legitimar uma prática voltada para as reais necessidades de saúde da população.

Ainda não existia uma gerência formal na Unidade, mas tudo indica que a enfermeira, que fez o Curso para Gerência, depois de ter sido aprovada em seleção interna em primeiro lugar, vai assumi-la de fato e de direito, recebendo inclusive gratificação para isso. Pudemos constatar que a enfermeira já realiza algumas atividades inerentes ao cargo (diretas e indiretas), além de atividades administrativas. Assim, participa do processo contínuo de diagnóstico de saúde do território; pediu a SMS reforma e ampliação da unidade (sala de imunizações e salão de reuniões); participa do planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; confecciona material educativo e documentos diversos; faz a notificação semanal de doenças de notificação compulsória; faz o controle e manutenção, em geral, de material permanente; faz o controle semanal e mensal de medicamentos; faz reuniões com a equipe de saúde para a discussão dos problemas internos e externos da UBS; faz o levantamento e a solicitação de recursos materiais; participa de reuniões com o Conselho Local de Saúde e entidades da região; cuida da organização de arquivos, de registros (faz o fechamento dos relatórios da UBS como o consolidado mensal de vacinas); organiza, supervisiona e orienta o serviço de limpeza; busca material diverso na SMS. Atividades que, às vezes, são compartilhadas com outros profissionais.

Em relação à imunização, algumas das atividades são realizadas mais pelas auxiliares do que pela enfermeira, mas a supervisão é realizada atentamente pela enfermeira. Assim, essas profissionais aplicam vacinas; fazem apazamentos, fazem registros e controle de temperatura da geladeira; requisição de vacinas; controle de estoque; preparo de sala de vacinas; controlam a rede de frio; participam da busca ativa de faltosos e avaliam o cartão de vacinas. Ainda com relação às atividades de imunização só a enfermeira faz: planejamento, programação, coordenação, execução e avaliação de campanhas esporádicas, requisição, elaboração de consolidado mensal de vacinas, e a aplicação da BCG. As atividades são valorizadas pelos profissionais da equipe, que orientam as mães sobre o tipo de vacina que está sendo administrada, os possíveis efeitos colaterais, sobre as doenças imunizáveis e calendário de vacinação. A autora do trabalho participou da vacinação do BCG – ID em um Grupo Escolar, onde pôde observar o trabalho cuidadoso e criterioso, executado após um planejamento elaborado pela enfermeira. Esta atividade contou com a presença de dois acadêmicos de medicina, que

auxiliaram na organização do trabalho, preenchimento das cadernetas de vacinação e nas orientações.

A Visita Domiciliar também é realizada pela enfermeira e pelas auxiliares, com as finalidades de vigilância epidemiológica, atendimentos, curativos, entre outras.

As auxiliares de enfermagem, supervisionadas pela enfermeira, realizam as seguintes atividades gerais: orientação de usuários, curativos e retirada de pontos; aplicação de injeções; nebulização; esterilização do material; coleta de material para exames laboratoriais (sangue, fezes, urina); aferição de pressão arterial e de peso corporal; VD para assistência de enfermagem e atividades de Vigilância Epidemiológica; dispensação de medicamentos; marcação de consultas e exames por telefone na Central de Marcação de Consultas – CMC e para a própria unidade. As atividades estão bem delimitadas, não havendo confusão de atribuições. Estas atividades, segundo a enfermeira e a observação realizada, são muito bem feitas.

Percebe-se uma mudança de atividade e valorização de auxiliar de enfermagem em decorrência do novo modelo, com a implantação do PSF.

“Coisas que no modelo anterior não se fazia, às vezes algumas faziam porque tinham um perfil, ou uma formação pessoal que levava ela a ter esse tipo de postura, né? Mas agora, aqui não, elas sentem isso como função mesmo, né? Fazem uma visita, o primeiro momento do recém-nascido, há momentos que o auxiliar vai. [...] Ele está capacitado para fazer uma sala de espera, ele já consegue abordar a comunidade, o usuário de forma melhor ... ele faz parte da equipe, ele pode contribuir e tem muito a contribuir. Então, eu acho que agora há uma valorização.” ASSIST. SOCIAL 3.1.

A mudança de atitude em decorrência do novo modelo fica evidente no depoimento da própria auxiliar:

“Fora do Posto eu sou mãe e atendo também uma pessoa que queira aplicar uma injeção ou pegar uma orientação, ou mesmo na rua, a gente estando na rua, no ônibus, se alguém está perguntando alguma coisa a gente sempre está dando uma informação, eu procuro sempre orientar, sempre no sentido de procurar esse novo trabalho, que é do programa de saúde da família.” AUX. ENF. 3.1.

Síntese do Trabalho de Enfermagem na Unidade do Tipo Inovador

De modo geral, o serviço é bem organizado, com muitos livros de registros e agendamentos, em função da demanda espontânea e organizada através dos grupos. Existe contato sistemático com algumas entidades e instituições do Bairro (escolas, associações, entre outras).

O atendimento à família na verdade é visto como um processo que está no início de sua construção, e como tal ainda não se constituiu em um instrumento efetivo de mudança, mas apresenta indícios de transformação:

“Acho que o processo do atendimento em saúde da família, está sendo um processo que está evoluindo, que a gente está aprendendo. Tem coisa que deixa a desejar.” MED. 3.1.

A participação do CLS nas atividades de Unidade é usual e se dá no sentido de cooperação. Um exemplo disto é o apoio de membros do CLS à busca ativa de usuários faltosos. Esta é uma forma de compromisso e participação totalmente nova no cenário das unidades básicas de Juiz de Fora.

Esta UBS possui uma característica importante e definidora do seu perfil, que é a resolutividade, evitando que o usuário peregrine em busca de assistência. Apesar de boa parte do atendimento ser realizada em cima da demanda espontânea, o usuário sai com seu problema resolvido ou no mínimo encaminhado. Existe, desde que ele chega à Unidade, um acompanhamento por algum profissional. Desta forma, podemos visualizar a diferença entre o atendimento primário e o atendimento básico. No primeiro, pela falta de resolutividade, o cliente acabava deixando de recorrer aos Centros de Saúde, indo diretamente procurar unidades mais complexas; no segundo, alguém se responsabiliza pelo atendimento, abre-se uma pasta-família, prontuário para ele e sua família, ele recebe as orientações ou é encaminhado para outro nível de complexidade. É preciso registrar, porém, que a referência é feita de maneira formal, ainda que existam impressos destinados a este fim. Nos casos mais urgentes os profissionais usam o telefone para facilitar o procedimento. De qualquer forma, mesmo com um encaminhamento formal do nível primário, os médicos dos níveis secundários e terciário não retornam as informações. A contra-referência não existe. A criação de impressos para esse fim poderia facilitar o trabalho da equipe e facilitar o atendimento do usuário.

O trabalho em equipe “diminui” o poder médico e resgata a importância do trabalho dos outros profissionais através da busca da interdisciplinaridade, sendo o resultado um produto coletivo. Existe um esforço nesse sentido, visando à resolutividade dos problemas do usuário de forma humanizada e solidária, procurando, em última análise, garantir a integralidade da assistência (individual, familiar, social).

A equipe, apontando para a atuação profissional interdisciplinar, é o veículo da transformação da prática, do processo de trabalho, na UBS, na busca do novo modelo assistencial, já que leva em consideração a saúde como campo das políticas sociais relacionada a determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais; já que considera a participação da população no planejamento das atividades; já que tem consciência da necessidade de avaliação das ações de saúde praticadas a partir da UBS; já que considera alguns indicadores epidemiológicos no planejamento e execução de suas atividades.

Nesta unidade o PSF representa uma tentativa de continuidade da implantação do SUS, com o atendimento à população de baixa renda, população que ficará totalmente desprotegida se ele for desmontado. Face ao que vimos ser realizado, podemos afirmar que a implantação do PSF causou um certo impacto na região e, se não elevou a qualidade de vida, ao menos elevou a qualidade da atenção à saúde, tomando por base as seguintes evidências:

- garantiu-se o atendimento básico à população adscrita à Unidade, introduzindo como elemento novo o atendimento à demanda organizada;
- a equipe vê o usuário da unidade inserido numa família e numa comunidade, dentro da sua área de abrangência;
- a equipe possui melhor qualificação do que as que não estão vinculadas ao Programa, pois passou por formação e treinamento específicos, oportunidade rara no serviço público na área de saúde;
- estimulou-se o compromisso ético da equipe, pelo vínculo estabelecido entre ela e a família no plano afetivo das relações;
- em termos de reorganização assistencial, as relações hierárquicas dentro da equipe desestimularam o poder médico; primeiro porque o trabalho é da equipe, portanto coletivo; e segundo porque a gratificação pela participação no Programa ficou atrelada à

avaliação das metas propostas pela programação da Unidade e não a procedimentos isolados. Portanto, se a equipe falha o médico falha junto.

Mesmo realizando atividades do modelo clínico e prestando os mesmos serviços básicos à população: consultas médicas individuais, consultas de enfermagem, imunizações, curativos, tratamentos simples específicos, coleta de material para exames, a forma de desenvolvê-los mudou.

Diminuíram o corporativismo médico e a alienação dos profissionais da equipe. Trabalha-se com uma “nova concepção assistencial”, na qual se valoriza, buscando-se a interdisciplinaridade e a intersubjetividade dos profissionais, maior proximidade da equipe com a população da área de abrangência, para uma assistência integral de qualidade. Resolutividade para os problemas é a meta dos profissionais, que tentam trabalhar com cooperação, responsabilidade e ética. A humanização da assistência faz com que o usuário seja reconhecido como cidadão que tem direito à saúde.

Longe de ser considerado uma experiência gerencial perfeita, este modelo inovador serve de parâmetro para possíveis mudanças no setor saúde, evidenciando a adesão e o compromisso dos profissionais.

CAPÍTULO 4 - SÍNTESE

Nesta pesquisa, as sínteses parciais apresentadas ao final da discussão do trabalho de enfermagem em cada tipo de unidade de saúde trazem simultaneamente pontos de partida e conclusões, pelo próprio movimento de mudança que a realidade apresenta. O trabalho aqui analisado não está relacionado com o significado etimológico da palavra de origem latina *tripallium*, instrumento de tortura feito de três paus, ou seja, o trabalho como instrumento utilizado para torturar e triturar o trabalhador. A análise realizada do trabalho de enfermagem procura mostrar a forma como ele é reproduzido, completado e ampliado pela dinâmica de transformação da política e pelo próprio processo de trabalho em saúde, na medida em que este incorpora todos os outros trabalhos dos profissionais na área. Numa relação dialética, o trabalho de enfermagem também pode reproduzir, completar e ampliar, transformando tanto o processo de trabalho do qual faz parte como, em última instância, a própria política de saúde.

Por sua transitoriedade e dimensão, esta investigação pressupõe uma continuidade. Dessa forma, nesta síntese final, serão levantados alguns dos pontos explorados, que permitam uma visão do todo que está em movimento, sob tensões, conflitos e contradições.

Do ponto de vista da política de saúde enquanto um dos determinantes do trabalho de enfermagem, vimos que a implantação do SUS no Brasil vem sendo dificultada pela ausência, principalmente, de recursos financeiros, e pela dificuldade de se operacionalizarem as propostas de descentralização e unificação da rede de serviços em âmbito municipal e regional. Essas limitações frustram as expectativas de melhoria das condições de saúde criadas com as conquistas constitucionais, num país em que o modelo excludente de desenvolvimento econômico impede a incorporação da cidadania no cotidiano de todos.

Por outro lado, diversas experiências de municipalização dos serviços de saúde no Brasil melhoraram os indicadores de saúde. Experiências mais recentes com o PSF, articulado à rede municipal de serviços básicos como estratégia para impulsionar a implantação do SUS, estão relacionadas com algumas mudanças observadas neste trabalho. As experiências de participação popular na atualidade, através dos conselhos de

saúde implantados em todo o território nacional, que fazem parte do arcabouço jurídico-institucional do setor, têm possibilitado a ampliação da consciência sanitária. São pontos importantes da mudança ao nível dos serviços locais de saúde, concorrendo para que a municipalização se consolide e seja bem sucedida.

Entende-se que a tendência seja a continuação do processo de implantação do SUS nos inúmeros municípios brasileiros, mesmo que de forma heterogênea, com avanços e recuos. É o velho (tradicional), convivendo com a transição, que lentamente se transforma, ao lado do inovador que tenta se firmar. O que não se pode esquecer é que o velho e o novo têm valor na medida que são úteis (FREIRE, 1992, p. 37). A reforma sanitária continua, buscando um modelo de atenção à saúde coletiva através do SUS, que é a sua institucionalização. Desta forma, o processo de construção do SUS segue em frente, apesar de um contexto nacional extremamente desfavorável a ele. A esse movimento de implantação, que fortalece o sistema público, se contrapõem os movimentos de privatização da saúde, o da resistência passiva do corporativismo médico, o da não continuidade administrativa (que muda a cada eleição), aliados à restrição de recursos para o serviço público por parte do Estado. Todos estes fatores contribuem expressivamente para que a pretendida mudança não se generalize nos municípios. São diametralmente opostos aos princípios do SUS comprometidos com o ideário da reforma sanitária brasileira, que preconizam a conformação de um modelo de atenção à saúde coletiva, com a reversão do modelo médico-assistencial de orientação predominantemente curativa e individual.

Na discussão da construção de um novo modelo assistencial para o SUS não bastam os critérios tradicionais de planejamento e programação no sentido quantitativo estrito (oferta, demanda, custos, etc.). De fato, hoje em dia os custos são vistos pelo modelo neoliberal restritivo como os principais critérios de gestão. As determinações epidemiológicas e sociais precisam ser consideradas para a organização das atividades das unidades para racionalizar gastos e otimizar recursos.

A visão da mudança, portanto, não pode torná-la nem homogênea nem linear. O próprio processo na prática, como vimos, é conflitivo, cheio de avanços e retrocessos. A mudança de atitude dos próprios profissionais e da população não é fácil, apesar de o processo da reforma sanitária ter-se iniciado na década de 70, passando pelas AIS,

SUDS, SUS, IX Conferência de Saúde, Constituição de 88, Leis Orgânicas da Saúde, NOB-93 e NOB 96. Por outro lado, também não será fácil voltar atrás depois de tantos investimentos, tantos cursos de formação e capacitação profissional, apesar de toda a ofensiva da tecnologia médica, de toda a individualização e da própria globalização.

A discussão sobre um novo modelo assistencial para a saúde continua acontecendo e novas experiências sendo implantadas, na tentativa de que os serviços possam ser conduzidos com determinado grau de resolutividade e eficácia. Cabe ressaltar que não se entende aqui *modelo* como uma estrutura conceitual formal sobre a realidade construída *a priori*. Pelo contrário, o modelo emergiu da própria realidade, estruturando-se nas possibilidades e limites da prática assistencial pesquisada. Convive com a estrutura burocrática e administrativa de outros modelos, herdados de épocas anteriores que, fazendo-se presentes, mostram resistências às mudanças e aos avanços propostos. Assim, o modelo de saúde coletiva, preconizado pelo Sistema Único de Saúde, que busca articular de uma nova forma os modelos epidemiológico e clínico, tem como pressuposto que a maior parte das necessidades de saúde da população não são atendidas com a atenção médica individual, estando na dependência da qualidade de vida da sociedade. Dessa forma, considera, obrigatoriamente, as conquistas que beneficiam a vida coletiva, sem anular as necessidades individuais.

Na realidade observada, a política adotada determina o grau e o padrão de organização dos serviços de saúde em geral. A organização dos serviços na instituição ao nível central — SMS-JF, depende da política de saúde e até dos políticos na nomeação dos cargos de confiança, como o de secretário de saúde do Município. A política determina a organização dos serviços nas diversas unidades básicas, que por sua vez determina a organização dos diversos trabalhos parcelares associados no trabalho coletivo em saúde. Tome-se como exemplo um problema das UBS ligado à falta de continuidade administrativa: a cada gestão as necessidades mudam, e a composição das equipes sempre variou de acordo com a tendência clientelista da política local, apesar da existência de concursos.

Para a prática da saúde coletiva, com seus múltiplos objetos, é fundamental pensar os serviços e suas técnicas de intervenção na realidade, tanto na direção do modelo clínico quanto epidemiológico, observando a dimensão coletiva da prevenção e

da promoção de saúde. A saúde coletiva traduzida na prática das UBS trata de proporcionar cobertura a toda a população a elas adscrita, significando a intervenção no processo saúde-doença, viabilizada através de práticas sanitárias correspondentes às necessidades da população, nas quais se resgata o direito à saúde. Ao fazer isso, está interferindo significativamente na saúde da população que vive na região de adscrição da unidade, e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

Para uma aproximação maior com a concepção de saúde coletiva, numa condição progressiva, faltam ainda, pelo observado nos três tipos de UBSs, a supervisão e o planejamento na rede. Assim, torna-se necessário, para os profissionais do nível central da SMS-JF, aprofundar os conhecimentos sobre organização, programação e supervisão das unidades consideradas porta de entrada de um sistema hierarquizado. É preciso, ainda, a articulação entre as diversas secretarias, para que ocorra uma intervenção intersetorial sobre a saúde mais eficaz e efetiva. Um sistema de informações funcionando é outro elemento estratégico, tanto para uma intervenção eficaz, como para uma avaliação permanente do funcionamento das unidades e da rede como um todo articulado. Cada unidade deveria identificar suas necessidades específicas, a partir do nível local, necessidades de atividades ligadas aos seu fortalecimento e legitimidade, e buscar assisti-las através de uma equipe interdisciplinar, com apoios estratégicos. A efetiva humanização da assistência deve ser ampliada. A divulgação do acolhimento que vem sendo dado ao usuário em algumas unidades da SMS é um item fundamental nesse processo. O usuário precisa ser respeitado, apoiado, ajudado, estimulado, protegido e informado pelos serviços públicos de saúde, diante da nova concepção da forma de atendimento ao cliente.

É importante destacar que para a inversão do modelo — no sentido de uma mudança em direção à prática de saúde coletiva — não bastam as determinações gerais. As determinações internas ou particulares, entendidas aqui como as relações entre a Secretaria Municipal de Saúde e as unidades, bem como as relações no interior das mesmas, é que ajudam a explicar as diferenças entre as unidades pesquisadas. Os três tipos encontrados mostram a conseqüência desse processo. No início deste estudo, o peso das unidades que correspondiam ao modelo tradicional equivalia ao correspondente às unidades inovadoras (um pouco mais de 40%). As unidades de

transição eram minoritárias (12%). Ficou demonstrado, neste último grupo, que é muito difícil fazer a mudança “de dentro” para fora: mais fácil é manter o tradicional (não mexer) ou construir o novo diretamente numa nova unidade, tal qual num laboratório. Essa relação já tinha sido alterada em dezembro de 1996, e as unidades que pertenciam ao modelo que consideramos de transição já haviam sido incorporadas ao Serviço de Saúde da Família – SSF, em que, com 19 unidades, passaram a ser a maioria, com 57,6% do total correspondendo ao tipo inovador.

Entretanto, algumas unidades de saúde classificadas como tipo “inovador” só possuíam as diretrizes adquiridas com o processo formal de implantação do PSF, os profissionais capacitados por cursos de especialização em saúde da família, um gerente e uma área de abrangência delimitada pelo processo anterior de territorialização do município. Na prática, a inovação não se vem dando da mesma forma: a simples implantação do PSF nem sempre traz como consequência a mudança da concepção assistencial. Como essas unidades não fizeram parte do estudo, não foi possível incluí-las na análise. Mesmo assim, pode-se dizer que a tendência é que as unidades do tipo tradicional, concentrado na atenção médica individual e na intervenção baseada nos exames e nos medicamentos, venham a se transformar, passando por um tipo de transição em direção ao inovador.

Pelo menos neste trabalho, a unidade de tipo inovador demonstrou sua superioridade pela qualidade da assistência prestada à população, tornando possível a humanização e a participação do cidadão, através da sua forma de organização baseada numa concepção assistencial diferente das existentes nos outros dois tipos. Este tipo de unidade busca, centrado na lógica da prevenção, a *“qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com seus núcleos sociais primários — as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona mudanças globais intersetoriais”* (NOB-96, p. 11067).

Assim, as equipes foram modificadas para atender determinadas áreas de abrangência delimitadas, previamente, a partir da territorialização, simultaneamente ao processo de qualificação nos Cursos de Saúde da Família. O médico de família passou a cumprir uma jornada de oito horas, como os outros profissionais da equipe. O seu perfil, enquanto médico de família, apresenta uma proposta de mudança do atendimento

médico. O prontuário de família, que já partiu de uma visão abrangente no momento de sua implantação (anterior ao PSF), voltou a ser valorizado, retomando a perspectiva da família como unidade de atendimento. A adscrição da clientela passou a ser associada à equipe, aliada a um processo de revalorização da Visita Domiciliar. A Consulta de Enfermagem passou a ser valorizada como uma atividade que contribui para aumentar a qualidade da assistência à população, sendo mais resolutiva. A grande mudança por parte da equipe, que passou a tentar a execução de um trabalho interdisciplinar, é a organização integrada do atendimento, fazendo circular entre todos os profissionais as informações acerca dos usuários.

Apesar do incontestável movimento de integração, não há como negar a existência do conflito nas equipes das unidades, pela diversidade de interesses. Apesar de alguns, os profissionais das unidades e do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, acreditando no SUS como a melhor saída para os problemas de saúde da população, procuram reconhecer os conflitos e enfrentá-los, tentando inclusive discuti-los de forma mais consciente e democrática com os maiores interessados: os verdadeiros usuários do sistema. De modo geral, existe convicção na possibilidade de mudança: a grande questão é como lutar contra o já instituído.

O trabalho do médico, na unidade tradicional e de transição, em geral resume-se às consultas médicas centradas na queixa principal, não havendo compromisso desse profissional com o usuário e com os resultados de sua ação. O que se constatou nessa unidade foi a superposição de vínculos profissionais, nos setores público e privado, e o não cumprimento da carga horária contratada. Além disso, a capacitação desses profissionais está longe dos objetivos do modelo assistencial preconizado pelo SUS. É preciso que se considere ainda que a construção histórica do poder médico dificulta a sua integração com os outros profissionais. O médico, numa perspectiva corporativista, exerce o seu poder também no contexto das UBSs, pois, historicamente, ele se encontra no topo da escala de prestígio entre os profissionais.

Apesar disso, na unidade de tipo inovador, onde existia disponibilidade do médico para a mudança, esta teve condições de acontecer. Com a tentativa de interdisciplinaridade, o trabalho dos membros da equipe ficou menos vulnerável ao corporativismo do médico, apesar do seu salário mais alto em relação aos demais

profissionais, e do seu papel de destaque no PSF, não só em Juiz de Fora como também no País.

Em ambos os casos, concorre contra a mudança de modelo assistencial, como forte elemento, a orientação da população no que se refere à cultura da consulta médica, cuja demanda foi formada por um aprendizado social, difícil de ser transformado.

Uma boa estratégia para a mudança da cultura da consulta médica talvez seja o desenvolvimento da consulta de enfermagem, para que possa ser possível alterar essa orientação ainda dominante. Isto porque, ao contrário dos profissionais médicos, a enfermagem já trabalha com a promoção e a prevenção e com a própria mudança do conceito de saúde que considera a dimensão social. Em contrapartida, como mostrou o desenvolvimento da tese, o enfermeiro também pode correr o risco de reproduzir uma consulta individualizada baseada no modelo clínico, caso não tome como referência o modelo epidemiológico. Em situações de restrição do número de enfermeiros, a consulta de enfermagem não deve constituir-se na atividade exclusiva em seu trabalho.

No movimento geral de transformação da prática, é possível dizer que a pesquisa permitiu a visualização do nexos existente entre a forma de organização do serviço de enfermagem e a organização das unidades segundo a lógica de atendimento da SMS, que apresenta também a possibilidade de mudança. Esta se coloca de modo conflituoso no plano das relações do trabalho, aparecendo de formas distintas nas três UBS que fizeram parte do estudo.

Os atores sociais desse trabalho vivem um processo de mudança, mesmo quando a negam através do discurso. Isto significa dizer que o processo de mudança está em curso, com alguns elementos que desempenham papel de obstáculos e outros que atuam como facilitadores.

Os três tipos de unidades identificados pela autora — tradicional, transição e inovador — determinam o trabalho de enfermagem, ao mesmo tempo em que são determinados por ele. A implementação desse trabalho, nos heterogêneos modelos assistenciais conformados nas unidades básicas de saúde, mostra a sua dependência dos trabalhos de outros profissionais existentes nos mesmos locais. Não pode existir, portanto, um projeto separado para a enfermagem se o trabalho em saúde nas unidades é coletivo. De qualquer forma, afirma-se, de modo conclusivo, que o espaço da

enfermagem, principalmente o do enfermeiro, é perfeitamente visível e imprescindível em todas as unidades, independentemente do seu estágio de transformação.

Olhado sob o prisma macroinstitucional, o trabalho da enfermagem nas unidades básicas de saúde de Juiz de Fora compartilha das mesmas características da prática de enfermagem em nível nacional, consolidada historicamente, através da passagem pelos diferentes momentos das políticas de saúde, com seus distintos modelos assistenciais.

Na descrição singular de cada unidade de saúde, pode-se ver, de certa forma, que os serviços são diferenciados: pela participação popular, que amplia as possibilidades de democratização da gestão municipal; pela gerência das UBSs, que, com um planejamento capaz de dar conta da complexidade das necessidades de saúde da população, torna possível aplicar as propostas atuais embasadas na epidemiologia e na abordagem coletiva, indo ao encontro do interesse público; e, finalmente, pela aplicação racional dos programas, que também podem ser utilizados em benefício da população, desde que aderentes à realidade local.

Na unidade de tipo tradicional é difícil o enfermeiro se colocar contra os interesses exclusivos da categoria médica, categoria profissional ainda hegemônica apesar de vir perdendo espaço, particularmente no âmbito da saúde coletiva. Nessa unidade, o serviço atende às necessidades do médico (poucas consultas, horário reduzido) e não às necessidades da população, garantidas como direito pela Constituição. Existe, apesar do discurso democrático e participativo difundido, um distanciamento dos problemas de saúde da população, com procedimentos técnicos parciais e reduzidos, demonstrando uma alienação profissional. É importante destacar, de modo geral, a falta de interesse da equipe e, em particular, a falta de conhecimento da enfermeira, que não realizou qualquer tipo de curso, não por vontade própria, mas sim pela falta de oportunidade causada pela Instituição. Ressalta-se ainda a falta de integração com as demais unidades, determinando o isolamento da unidade tradicional. Isto é o que acontece com boa parte das enfermeiras no Brasil, quando isoladas das possibilidades de mudança. Esta questão também pode ser extrapolada quando se analisa o que acontece com muitos municípios brasileiros que se isolam por atraso e / ou falta de recursos, não facilitando qualquer possibilidade de mudança nos seus sistemas de saúde locais.

Na unidade de transição o trabalho é impulsionado pela vontade de mudar. Entre as alternativas vistas por duas profissionais — enfermeira e assistente social — para a implantação do SUS e conseqüente melhora da saúde coletiva estão: a tentativa de ampliação do trabalho conjunto em equipe; a “tentativa de conscientizar a população”; e, principalmente, o investimento no trabalho com base no modelo epidemiológico, evidenciando seu comprometimento com as transformações sociais. Existe uma dimensão política, que se integra indissociavelmente à dimensão profissional, no trabalho conjunto dessas duas profissionais, agentes ativas do processo de mudanças, que as fez introduzirem criativamente alterações no processo de trabalho da unidade. Exemplo disso são as atividades educativas que as mesmas desenvolvem com os conselhos locais de saúde, chegando inclusive a assessorar outras unidades neste tipo de atividade. A ação conjunta destas duas profissionais, no entanto, não é entendida por elas como ideal. A luta por um trabalho interdisciplinar da equipe, unindo saberes dos outros profissionais, como já foi visto, tem sido enfrentada com a crença de que só com a participação de todos será possível ampliar a visão da realidade e a implementação de ações mais resolutivas para atender às necessidades de saúde da população. Ampliar-se-ia, através do exercício da reflexão crítica, o desenvolvimento da intersubjetividade em defesa dos interesses e dos direitos sociais da população. Esta seria a finalidade única, como sugere um trabalho de equipe coordenado, interdisciplinar, integrando diversos saberes. Como esclarece JAPIASSU (1976, p. 73-74) a interdisciplinaridade não existe se houver apenas multiplicidade de trabalhos conjuntos sem a integração entre eles.

A interdisciplinaridade é entendida neste estudo como um fator que favorece a mudança. Dessa forma, a discussão da multi e interdisciplinaridade é importante na manifestação do novo, sendo também resultado de pré-condições como formação, permanência em tempo integral nas unidades e empenho dos profissionais. O fato de os profissionais permanecerem nas unidades de saúde da família em tempo integral contribui para a “unidade do trabalho”, fortalecendo a comunicação interna e a articulação da equipe.

Os trabalhos parcelares dos profissionais das equipes não chegam a se unir ainda pela mesma finalidade social, mas é preciso considerar que o desempenho de atividades comuns (exemplos: VD, educação para a saúde, etc.), observado na unidade de transição

e mais particularmente na inovadora, funciona como um elemento integrador da equipe, permitindo o compartilhar dos saberes, melhorando a qualidade da assistência e contribuindo com a mudança no sentido de um envolvimento social mais abrangente. Assim, o trabalho em equipe é uma evidência em si mesma, permitindo dizer que o novo existe.

No outro extremo, como observado na unidade tradicional, a ausência desse elemento é a permanência do velho.

A Unidade de Saúde da Família, considerada do tipo inovador, se diferencia das outras pelo fato de a enfermeira contar com o apoio de toda a equipe, que no seu conjunto possui visão diferente das demais: abrangente e integradora. As atividades, isoladamente, não significam novidades para o trabalho da enfermagem. Apenas foram ampliadas para outros profissionais, recebendo o apoio formal da SMS, o que as tornou mais nítidas. Assim, a médica nessa unidade passou a fazer serviços que eram antes realizados apenas pela enfermagem, mas sem a mesma valorização, na época em que o atendimento nas unidades obedecia apenas à lógica do pronto atendimento, centrado na consulta médica. Aqui a médica se envolve com os problemas dos usuários, bem como os demais profissionais que reafirmam seu compromisso social com a população, baseados no princípio da solidariedade humana. Não se trata, neste caso, apenas de profissionais bem intencionados, pois o PSF conta, em nível local, com as forças políticas envolvidas com as questões de saúde, facilitando a mobilização social, através de participação popular, tentando fazer valer o que de melhor se conseguiu até hoje, em relação à saúde, em termos de legislação.

No modelo inovador os profissionais tendem a ter mais autonomia, maior satisfação com o trabalho e maior proximidade com os problemas gerais da comunidade. Elementos como resolutividade, integralidade, qualidade de assistência, interdisciplinaridade, intersubjetividade, emancipação no trabalho, cooperação, humanização da assistência, responsabilidade, cidadania e ética garantem o caráter inovador do trabalho. Não se trata de um sucesso definitivo de uma estrutura organizativa, já que, no geral, persistem as condições de vulnerabilidade dos grupos profissionais ao desinteresse (alienação) e/ou aos interesses político-econômicos.

De modo geral, a partir das unidades, o controle social é ainda incipiente mesmo na configuração de um novo modelo assistencial, que vem ampliando a participação social como um dos seus elementos centrais. Mesmo assim, ainda falta muito para a conscientização e participação da população no acesso à gestão de bens e serviços. Os conselhos representam a transformação do sistema de saúde, traduzindo o seu caráter democrático e melhorando a relação entre Estado (unidade pública de saúde) e Sociedade (população organizada). O interesse do CLS como uma das condições exigidas para a implantação do PSF, bem como a participação da população na escolha dos gerentes das unidades básicas, significa uma conseqüência do trabalho articulado entre conselho local, comunidade e unidade de saúde, demonstrando a melhoria dessa relação e contribuindo para a efetivação das mudanças.

Nas unidades de saúde do tipo de transição e do tipo inovador existe uma prática social e política, além da técnica. Prática essa que, na relação profissionais – população, leva em conta o exercício da cidadania. É notório o envolvimento dos profissionais com a população, através da relação entre o conselho e a equipe. Os conselheiros participam do cotidiano da unidade, não como “fiscais de horário”, mas contribuindo com ações que ajudam a resolver problemas de saúde da população da área de abrangência. Isto acontece tendo em vista um conjunto de fatores, como o interesse dos profissionais pelos problemas da área de abrangência da unidade e o interesse da população na melhoria da unidade de saúde; e, inegavelmente, na unidade tipo inovador, a implantação do PSF. Sem dúvida pode-se afirmar que a aliança entre os profissionais e a população atua como mais um fator facilitador de mudanças. Como fica demonstrado na unidade tradicional, onde não existe esta aliança, a participação popular é inexistente.

Em relação à formação dos profissionais, este certamente é outro elemento diferenciador importante das diferentes modalidades assistenciais encontradas. Novos modelos trazem como conseqüência a necessidade de novos atributos de qualificação profissional. Podem-se distinguir vários tipos de formação que influenciam, de distintas maneiras, a prática dos profissionais em Juiz de Fora. Como se viu, os cursos descentralizados de saúde pública se constituíram em um elemento histórico no processo de mudança do modelo assistencial em Juiz de Fora, pois instrumentalizaram profissionais de diversas instituições de saúde, muitos dos quais vinculados às UBSs. Os

diversos cursos de saúde da família não representaram um marco, mas, na realidade, reforçaram idéias já existentes nesses cursos realizados anteriormente, que formaram sanitaristas.

Entre os profissionais não foi observada uma opção preferencial e majoritária para o trabalho em saúde coletiva. Em relação aos médicos, nenhum deles possui especialização em saúde pública, sendo estes os profissionais que menos se prepararam para o trabalho em saúde coletiva. Apenas um dos onze médicos entrevistados tem curso de especialização em saúde da família. Por outro lado, todos os assistentes sociais possuem esse curso.

No caso das enfermeiras, existem situações diferenciadas. A enfermeira da unidade tradicional, assim como os demais profissionais, não tem preparo formal ou informal (falta formação, como especialização, bem como conhecimento de epidemiologia) para uma atuação mais abrangente visando ao modelo epidemiológico. Por outro lado, a enfermeira da unidade tipo transição tem curso de especialização em saúde pública e em saúde da família, e a da unidade tipo inovador tem especialização em saúde da família, o que, juntamente com outros fatores, facilita bastante a intervenção comprometida com o modelo da saúde coletiva. Além disso, os enfermeiros da rede básica de Juiz de Fora, visando instrumentalização para o desempenho de uma prática reordenada por uma nova perspectiva, movimentam-se no sentido do mestrado. Hoje, na Secretaria Municipal de Saúde, seis enfermeiras, todas com especialização em saúde pública, estão cursando o mestrado (num total de 94 enfermeiras). Soma-se a isso o fato de que alguns enfermeiros, em parcerias com profissionais da UFJF, estejam buscando realizar pesquisa em serviço, ampliando sua atuação.

Ainda em relação à capacitação dos enfermeiros, os mesmos se ressentem da falta de instrumentalização para o desempenho de funções gerenciais, que muitos já vêm assumindo para dar conta do papel estratégico que o gerente de unidade ocupa em um espaço técnico-político-administrativo, que é palco de interesses conflitantes. O enfermeiro precisa tomar consciência de que pode contribuir para a reprodução do *status quo* ou contribuir com interesses contra-hegemônicos, facilitando mudanças (CARVALHO, 1993, p. 122-123).

Outro obstáculo à efetivação das mudanças é a ausência da categoria do técnico de enfermagem no quadro de pessoal da SMS, já que muitos auxiliares concluíram o Curso Técnico de Enfermagem. Contraditoriamente, alguns deles, quando entrevistados, fizeram referência ao desempenho de atividades que extrapolam sua competência técnica, sem que isso chegasse a configurar-se em conflito .

Quanto à capacitação do pessoal de nível médio, esta é feita de forma sistemática, mas, mesmo assim os auxiliares de todas as unidades referiram-se à necessidade de maior aprendizado para o desempenho do seu trabalho. Os auxiliares que trabalham nas unidades de saúde da família passaram também por treinamento específico, baseado na metodologia da problematização.

A falta de supervisão e de planejamento são fatores extremamente limitantes à mudança, dificultando a homogeneização das experiências e a ausência de controle do processo de trabalho na rede, sendo difícil cobrar das unidades qualquer tipo de planejamento, já que não há programação geral da SMS, com metas estabelecidas, a não ser as 12 consultas médicas/dia.

A ausência de planejamento da rede determina a falta de avaliação do atendimento à população nas UBSs, dificultando portanto o surgimento de propostas para a conquista de melhorias. Com a avaliação dos serviços de saúde seria possível abrir perspectivas de intervenção na área da Saúde Coletiva, viabilizando práticas sanitárias que correspondessem às necessidades da população, resgatando-se o direito à saúde. Portanto, problematizando ainda mais a questão, apesar da grande dificuldade em que se constitui a avaliação, pela complexidade de procedimentos realizados por diversos agentes, é preciso considerar ainda a necessidade de participação da população usuária na avaliação da qualidade das ações desenvolvidas nas UBSs. Assim, a satisfação das necessidades sociais de saúde terminaria por implicar a organização geral das UBSs.

Dessa forma, ainda para viabilizar um modelo mais voltado para fatores epidemiológicos e sociais, é fundamental organizar e conhecer a demanda. A organização das consultas com hora marcada facilitaria a organização do serviço, além do grande benefício para os clientes, que não seriam penalizados com longas esperas, o que não ocorre em qualquer das unidades. Além disso, o atendimento nucleado em torno da família é também um fator organizador da demanda, que permite uma visão integral

do indivíduo. Esse atendimento à família é viabilizado pela pasta-família, que foi reformulada e passou a ser utilizada como arquivo de informações que subsidiam as ações dos profissionais com as famílias. Todas as unidades utilizam a pasta-família para o registro de todos os atendimentos prestados pelos diferentes profissionais aos usuários, o que se constitui em um fator integrador da equipe, organizando o serviço e facilitando o processo de mudança.

A organização dos serviços também passa pela realização de reuniões semanais, com a presença de todos os membros da equipe, para se discutirem os problemas da unidade e da população. As reuniões de equipe facilitam a criação de mecanismos de cooperação entre seus membros, intensificando a interdisciplinaridade e contribuindo para reafirmar o compromisso com a população.

O PSF e os outros programas implantados na rede básica podem até ser considerados estratégias para a organização dos serviços prestados pelas UBSs, mas não podem constituir-se em finalidade única das mesmas. Não se muda modelo apenas com a criação e implantação de novos programas. Se feitos de uma forma integrada, horizontal, e se aderentes à realidade, mostram-se como elementos que contribuem com a mudança.

Os programas são muitos e podem ser vistos sob dois ângulos: no primeiro, a existência de alguns programas em nível local é justificada pela situação das doenças no município. Com relação à noção de integralidade veiculada por eles, ela parece associar-se mais à clínica do que à epidemiologia, incorporando uma dimensão da saúde coletiva. Adotando a definição de SALA (1993, p.118) programa de saúde é “...*tão somente um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumentos de intervenção diversas atividades, que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo. Como características importantes desta ação programática destacam-se o controle na realização de suas atividades e a verificação de seus efeitos sobre o coletivo”.*

No entanto, em outro ângulo, ao contrário do que destacamos na referência acima, na prática observada nas unidades de saúde as atividades decorrentes dos Programas são implementadas de forma recortada, não articuladas e desorganizadas; são

programadas mais para o plano individual do que para o coletivo. Além disso, seus efeitos sobre esse coletivo não são acompanhados e/ou avaliados, portanto não são verificados.

Nesse processo de transformação do modelo assistencial, a integralidade não pode deixar de ser abordada. Segundo documento da Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SESUS /MS (BRASIL, 1990, p.6) a integralidade é descrita“ (...) *como um dos mais importantes princípios do modelo assistencial, sendo capaz de assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades*”. O trabalho realizado nas UBSs fica ainda muito distante deste conceito de integralidade.

A organização de uma equipe multidisciplinar fixa e permanente na unidade tipo inovador é considerada neste estudo como um elemento estratégico para a integralidade da assistência, que deve constituir-se em meta urgente a ser alcançada no âmbito de toda a rede, para que a mudança seja efetivada.

Outro elemento para o bom funcionamento de uma rede: que haja resolutividade; isto significa ter equipamento, material, pessoal, enfim ter condições para dar conta dos problemas básicos de saúde das pessoas que habitam em uma determinada região. Em nível local, como foi visto, é possível visualizar atividades que não resolvem as necessidades de saúde da população, apesar da existência de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros, que se movimentam à procura de soluções para as necessidades de saúde dos usuários.

Com relação ao atendimento das necessidades da população, a unidade de transição e a inovadora possuem elementos que demonstram uma resolutividade em nível local. Mesmo assim, existe um consenso entre os profissionais sobre a necessidade de o trabalho da equipe de saúde sair mais das unidades, para melhorar a qualidade do atendimento, cabendo ao gerente articular as suas atividades externas.

A situação não é a mesma quando passamos a falar dos níveis secundário e terciário, já que a falta de articulação entre estes e o nível primário é um grande problema a ser enfrentado. O Estado precisa investir urgentemente nesses níveis, no

sentido da ampliação dos recursos diagnósticos e do número de leitos, para que comecemos a visualizar melhor a implantação do SUS, no que diz respeito aos princípios da universalização (não excludente) e da equidade.

O Trabalho de Enfermagem no Processo de Mudança: Considerações Finais

O estudo da caracterização do trabalho de enfermagem em UBS do SUS/JF e sua configuração na saúde coletiva nos impõem algumas questões, que não são únicas nem últimas, mas possíveis neste estudo. É importante ter como ponto de partida que a enfermagem nasceu sob a égide da saúde pública, e tem domínio sobre seu objeto, por ter construído um saber e legitimado uma prática nessa área. Contudo, condicionada por determinações mais gerais, assumiu historicamente as situações de trabalho da mesma forma que as outras profissões da área da saúde. Na compreensão do trabalho concreto da enfermagem nas unidades, a transformação é visível, coexistem modelos diferentes de trabalho, acompanhando os modelos gerais de organização das unidades, que por sua vez, acompanham os modelos gerais de assistência à saúde.

Como se viu, os conflitos apareceram entre os diversos atores-trabalhadores das UBSs, que encerram uma complexa cultura organizacional. Há ainda os conflitos inerentes ao próprio sistema de saúde. A inter-relação entre os profissionais, com suas próprias visões de mundo, carregadas de valores, acarreta interesses diferentes nos mais diversos níveis. Portanto, há enfermeiros que, da mesma forma que os demais profissionais, negam as mudanças, colocando-as fora do âmbito de sua responsabilidade. Outros enfermeiros não apenas aceitam e entendem a mudança como necessária, como também são seus agentes.

Ao longo desse processo, a enfermagem, ao mesmo tempo que acompanha as mudanças no setor saúde, vem passando por diversas etapas que apresentam características evolutivas próprias. Ficou demonstrado que é possível emergir o novo, numa mesma cidade, convivendo com determinações comuns, coexistindo com outros diferentes tipos de trabalho de enfermagem. Observa-se, também, que a conformação de uma nova etapa nesse trabalho não significou o desaparecimento da etapa anterior. O processo de transformação entre elas vem-se dando de maneira gradativa, identificando-se sempre a predominância de algumas características sobre outras. Por outro lado, nem

sempre a evolução e o crescimento do SUS, particularmente nesta década de 90, caracterizou-se apenas por avanços. Importantes retrocessos na política nacional de saúde são observados nos âmbitos econômico e institucional, como vimos no início, refletindo-se em todo o trabalho da área.

A prática de enfermagem tende à manutenção do tradicional quando há aliança do enfermeiro com o médico, centrando o trabalho no individual e no modelo biológico. Nesse sentido, o trabalho, mesmo quando possui qualidade técnica, dá conta apenas da dimensão biológica, alienando-se por dissociar-se do conhecimento e da reflexão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Concebido desta forma, esse trabalho não legitima plenamente a cidadania, frustrando o atendimento integral de um conjunto mais amplo de necessidades de saúde, apresentadas por uma população determinada, preocupação central da prática de saúde coletiva.

Contrário a isso é o observado na unidade de transição, onde existe um embate entre o médico e o trabalho conjunto do assistente social e do enfermeiro, que lutam pela implantação do modelo epidemiológico em oposição ao continuísmo do modelo biológico.

Já quando há uma integração da equipe, resultando numa aliança entre todos os profissionais, o trabalho é coletivo e a tendência à mudança é forte, é o que acontece na unidade de tipo inovador.

De modo geral não existe planejamento e programação das atividades de enfermagem nem no nível central da SMS nem nas UBSs. Na unidade tradicional, essas atividades não são realizadas, apesar do tempo disponível dos profissionais, já que o atendimento é extremamente reduzido. Na unidade de transição também não existe um planejamento formal conforme acontece na unidade de tipo inovador, onde se confirma um trabalho mais organizado.

Em relação ao quantitativo dos profissionais, é lícito afirmar que seria necessário repensar o número de enfermeiros para dar conta do trabalho nas UBS, principalmente naquelas em que o enfermeiro assume a função de gerente. Fica claro, nesta pesquisa, que é incompatível a acumulação das atividades de enfermeiro e as de gerente. Como o volume de trabalho é muito grande, faz-se necessário também aumentar o número de auxiliares.

Dois novos membros da equipe de saúde, incorporados somente em algumas unidades, vêm facilitando muito o trabalho administrativo nas mesmas. São eles o agente administrativo e o guarda-mirim. O trabalho do agente administrativo é um fator diferenciador positivo no sentido de liberar a enfermeira para outras atividades, já que ele assume as atividades burocráticas. Deveria existir em todas as unidades para assumir as atividades não relacionadas diretamente à gerência, ou seja, as atividades administrativas de menor complexidade administrativa (preenchimento de formulários, controle de almoxarifado). O trabalho do guarda-mirim, em todas as unidades em que se faz presente, contribui para a organização do trabalho, facilitando o acesso da população a um atendimento mais imediato, como marcação de consultas e informações sobre os diversos serviços prestados aos usuários.

Quanto mais organizada a unidade — o que corresponde à sua evolução nos modelos assistenciais — mais nítida é a divisão do trabalho entre enfermeira e auxiliar. Com relação à situação de indefinição entre os micro-espacos pertencentes aos diferentes profissionais na equipe de enfermagem, que com distintos níveis de formação recebem salários diferenciados e muitas vezes com superposição de atividades no desempenho de suas funções, isso só se constitui em problema na unidade tradicional. Essa indefinição parece não impedir a valorização institucional do enfermeiro. Atualmente, cinco enfermeiras ocupam cargos administrativos, quatro ocupam posições importantes em níveis decisórios dentro da SMS auxiliando outros profissionais, e muitas são gerentes nas UBSs. Este fato vai de encontro à enfermagem idealizada pelos médicos: aquela que faz apenas pré ou pós-consulta, facilitando o trabalho médico, ou aquela que o substitui fazendo a consulta de enfermagem, assumindo integralmente o usuário.

Uma questão que merece destaque é a inevitável comparação entre o trabalho realizado pela enfermeira no hospital e nas unidades de saúde. A desvalorização da enfermeira sempre aparece ligada ao desempenho hospitalar na percepção dos profissionais, principalmente dos médicos. Segundo a própria médica de família a enfermeira ainda precisa mudar muito para reivindicar o mesmo salário que o médico.

A enfermagem atende às determinações gerais da política interna da SMS e, dependendo do tipo de unidade, o enfermeiro realiza ou não as atividades assistenciais,

administrativas, de ensino, de pesquisa e sociais, já que na SMS não existe setor central de enfermagem, nem normas estabelecendo o conjunto de atribuições dos profissionais.

As ações⁶⁶ aqui descritas vão além da divisão apresentada, inicialmente, por ALMEIDA (1984) de administrar, como mais executada pelo enfermeiro, e de cuidar, como atividade assistencial. Em publicação posterior da mesma autora é apontada a diversificação do trabalho para alcançar a saúde coletiva, definindo-o como aquele que vai desde “*o cuidar de enfermagem, seja do indivíduo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde*” (ALMEIDA et al., 1997, p. 62). Já XAVIER (1987) apresenta uma outra categorização para as atividades de enfermagem: atividades de terapêutica e propedêutica da enfermagem; atividades de terapêutica e propedêutica complementares à consulta médica e de outros profissionais; ações de natureza complementar ao controle de risco; ações de natureza administrativa; ações de natureza pedagógica. Para esta autora predominavam, na época de seu estudo, as ações de natureza propedêutica complementares ao ato médico, não tendo as demais expressão no conjunto da prática assistencial da enfermagem. Estas diferentes classificações mostram que o trabalho de enfermagem vem apresentando diversas mudanças nas últimas décadas, tendo em vista os determinantes históricos, políticos, econômicos e sociais.

No atual modelo de saúde desenvolvido na rede pública de Juiz de Fora outras atividades surgem, como a gerência, que se apresenta como novo e concreto espaço de atuação para os enfermeiros, bem como a assessoria aos conselhos de saúde, seguindo as determinações da política municipal.

Assim, na realidade pesquisada as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros determinam a vinculação do trabalho de enfermagem às funções próprias da sua profissão em todas as suas dimensões: à função técnica, que aparece relacionada às atividades técnicas assistenciais — englobando as atividades de assistência de enfermagem — as atividades técnicas de administração da assistência de enfermagem —

⁶⁶ A pesquisa permitiu a consolidação das ações realizadas pelos enfermeiros da SMS/JF nas unidades básicas, através da discussão de uma lista de atividades elaborada pelas enfermeiras-alunas no Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade. Conscientes das diferentes formas de implementação, os enfermeiros relacionaram as ações que desempenham nas UBSs, que se constituíram no subsídio principal de duas reuniões realizadas pela autora da pesquisa com o grupo de enfermeiros da SMS/JF, além de outra reunião posterior com a enfermeira representante do sub-grupo que reelaborou e discutiu as atribuições dos enfermeiros nas unidades básicas de saúde. Partiu - se do cotidiano do trabalho dos enfermeiros, visto por eles próprios.

e as atividades de pesquisa — de que derivam resultados que podem servir de instrumentos para as demais; à função administrativa — agrupando as atividades de administração da unidade e as atividades de gerência; à função de ensino, que tem como alvo os usuários, os profissionais da equipe de enfermagem e, às vezes, os acadêmicos; e, finalmente, à função social. Esta última é extremamente relevante para a saúde coletiva, neste particular momento histórico da vida da sociedade brasileira. A dimensão social deve permear todas as atividades da enfermagem. No entanto, com as atividades de assessoria aos conselhos locais e regionais assumindo uma dimensão política mais concreta, abre-se um espaço de atuação que torna mais visível essa função social do enfermeiro, como mostra esta tese.

As atividades mais realizadas pela enfermeira nas UBSs são as que consideramos técnicas: atividades de assistência e administração dos serviços. Índícios de preocupação com a realização de pesquisas evidenciaram a necessidade do enfermeiro de conhecer e divulgar mais o seu trabalho, abrindo espaço para a discussão e intervenção na prática da enfermagem na instituição, na busca do atendimento às reais necessidades da população. A atividade de pesquisa está ligada ao modelo epidemiológico e foi aqui considerado um trabalho técnico.

As atividades técnicas assistenciais consideradas de alta complexidade são executadas pela enfermeira: programação da assistência de enfermagem; consulta de enfermagem — a desnutridos, na puericultura, a hipertensos, na ginecologia, no pré-natal, para adolescentes, para a demanda espontânea e no climatério; planejamento, programação, coordenação, execução e avaliação de campanhas de vacinação; triagem, solicitação de exames laboratoriais de rotina e específicos; trabalho educativo com grupos (hipertensos, direitos reprodutivos, pré-natal, climatério, puericultura, desnutridos, sala de espera, adolescentes, escolares), visitas domiciliares programadas ou de acordo com a demanda (doentes crônicos, desnutridos, nascidos vivos, etc.); atividades de vigilância epidemiológica; e atividades de saúde escolar. Os auxiliares realizam atividades de imunização (como a aplicação de vacinas, o aprazamento, a busca ativa de faltosos, a avaliação de cartões de vacinas); os curativos e retirada de pontos; aplicação de injeções e aerossóis; colheita de material para exames laboratoriais (sangue,

escarro, secreção vaginal e de mama); aferição de pressão arterial e de peso corporal; triagem; dispensação de medicamentos; visitas domiciliares de baixa complexidade.

As atividades técnicas de administração da assistência de enfermagem executadas pelo enfermeiro são: marcação de consultas por telefone, na Central de Marcação de Consultas - CMC e para as próprias Unidades; solicitação de exames laboratoriais de rotina e específicos; marcação de exames; pedido de material de uso da enfermagem; registro diário de ocorrências e atividades de enfermagem; reuniões com a equipe de enfermagem; planejamento, supervisão e orientação do serviço de enfermagem; esterilização do material; divulgação das atividades e dos relatórios técnicos e de pesquisa; planejamento, programação, coordenação, execução e avaliação de campanhas de vacinação; registros e controle de temperatura de geladeira; requisição de vacinas; controle de rede de frio; controle de estoques; preparo de sala de vacinas; elaboração de consolidado mensal de vacinas; treinamento de auxiliares de saúde e de serviços gerais; avaliação informal da assistência de enfermagem e andamento do serviço; confecção de material educativo e documentos diversos.

As atividades de pesquisa que vêm sendo desenvolvidas pelos enfermeiros nas UBSs são: projeto, pesquisa de campo, tabulação, relatório e divulgação dos resultados.

As atividades de administração das unidades, que às vezes são confundidas com as atividades de gerência, são: busca de materiais diversos no nível central: receituário azul, contraceptivos, folha de ponto, formulários, etc.; abertura de folha de ponto; controle de ponto de pessoal; controle e manutenção em geral de materiais e equipamentos; estudo e planejamento das vias de acesso às unidades da zona rural; elaboração de escala de férias dos profissionais da equipe; organização, supervisão e orientação do serviço de limpeza; organização de arquivos de fichas e documentos da unidade.

As atividades gerenciais, que necessitam de múltiplos conhecimentos — epidemiologia, planejamento, programação — para trabalhar em saúde coletiva, são consideradas novas e já vêm sendo realizadas há algum tempo por alguns enfermeiros gerentes. São elas: assessoria a CLS; participação e realização de assembleias populares; atividades de coleta de dados para alimentar o sistema de informação; levantamento de solicitação de recursos materiais, recursos humanos, reforma e ampliação da unidade;

interlocução com outras secretarias da Prefeitura Municipal ou outras entidades da área de abrangência, para resolução de problemas ou execução de trabalho conjunto (intersectorialidade); interlocução com outros profissionais visando à sua proteção no trabalho, bem como à segurança do usuário; participação em reuniões de grupos ou entidades (SPM, AA, etc.); elaboração de Boletim de produção ambulatorial - BPA e Boletim Mensal de Imunizações - BIM; notificação semanal de doenças de notificação compulsória; lotação de pessoal; planejamento e execução de atividades de diagnóstico de saúde do território; reuniões com a equipe de saúde; participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; coordenação do processo de planejamento, execução e avaliação da programação local em saúde.

As atividades de ensino relatadas pelo grupo pesquisado são: participação em grupos de estudos; reuniões de categoria; CIPA; e cursos diversos; acompanhamento de estagiários de enfermagem; orientações informais aos usuários; trabalho educativo com grupos de hipertensos, de direitos reprodutivos, de pré-natal, de climatério, de puericultura, de desnutridos, de sala de espera, de adolescentes, de escolares; trabalho educativo nas visitas domiciliares, na imunização; trabalho educativo com os conselheiros locais de saúde; educação em serviço dos auxiliares de enfermagem, entre outras.

A gerência, como proposta técnico-política, poderia ser desenvolvida por qualquer profissional da área, pois gerência tem relação com coordenação técnica de todas as atividades de uma unidade de saúde, indo além da administração de recursos, garantindo um sentido e uma diretriz a essas atividades, articulando-as de forma interdisciplinar e intersectorial, e estabelecendo relações com a população e com outros níveis assistenciais. O gerente é também o responsável pela intermediação entre os níveis central, regional e local. É fundamental que todas as unidades de saúde tenham um gerente, para poderem funcionar dentro da perspectiva do modelo epidemiológico. A gerência das unidades exige conhecimento e domínio do processo de trabalho (saber identificar os erros), bem como capacidade para reconhecer as demandas da população, capacidade de leitura e interpretação dos dados epidemiológicos, capacidade de elaborar diagnóstico de saúde da população (saber identificar as condições de risco), para possibilitar a intervenção quando necessária.

A realidade de Juiz Fora vem mostrando, que a gerência, enquanto atividade relacionada à função administrativa, precisa ser formalizada, já que alguns enfermeiros vêm assumindo gradualmente a gerência de unidades básicas. Com a gerência a enfermeira passa a coordenar o processo de trabalho em saúde, articulando o trabalho de diversos profissionais da área de saúde, utilizando seu saber como instrumental capaz de legitimar uma prática voltada para as reais necessidades de saúde da população. Apesar das muitas confusões entre administração e gerência, que o enfermeiro é o profissional que se tem adaptado melhor a esse papel, pois apresenta perfil diferenciado, se comparado com outros profissionais da área, pelo seu caráter generalista, que sempre foi defendido nos cursos de graduação. Cumpre esclarecer que como generalista o enfermeiro desenvolve as seguintes funções: técnica, administrativa, de ensino e a social. Com esse perfil, a prática do enfermeiro vai além do cuidado com a doença e sua prevenção, ampliando seu horizonte com a promoção da saúde coletiva. No entanto acredita-se que, para a enfermeira assumir efetivamente a gerência das unidades básicas, falta-lhe, de modo mais geral, a incorporação de conhecimentos na área de epidemiologia, e programação e planejamento em saúde para o trabalho, embasados no modelo epidemiológico pretendido atualmente. Quanto a epidemiologia, na Faculdade de Enfermagem da UFJF, instituição responsável pela formação de mais de 95% dos profissionais enfermeiros da SMS, a disciplina de começou a ser ensinada em 1997, constando como exigência do currículo mínimo. A disciplina pertence ao Departamento da Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFJF. Resta saber como os conteúdos estão sendo desenvolvidos na prática, já que para os cursos de enfermagem as disciplinas ministradas por professores de outras áreas⁶⁷ têm, historicamente, sido trabalhadas de forma diferenciada, em relação a outras profissões do setor saúde, limitando o conhecimento em bases mínimas, o que é questionável.

O trabalho da enfermagem nesse novo modelo cria então a possibilidade da gerência da unidade, que significa a apropriação mais intelectual do processo de trabalho com o planejamento, a programação, a organização e a reorganização do serviço, levando-se em conta as necessidades da população adscrita às unidade e/ou ao distrito

⁶⁷ Disciplinas como biologia, farmacologia, anatomia, dentre outras que são básicas para a área de saúde, e logicamente para a enfermagem, normalmente são ministradas por médicos. Em Juiz de Fora existem cursos com programação específica para a enfermagem.

sanitário. *“A capacitação gerencial da enfermeira é uma área que se coloca como perspectiva concreta, tendo este profissional condições de assumir papéis de responsabilidade a nível local (área de abrangência de uma unidade de saúde) ou a nível do distrito sanitário”* (MELO & ARAÚJO, 1992, p 30).

As atividades de assessoria aos conselhos locais e regionais de saúde, nas suas dimensões técnicas e políticas, servem à sociedade e vão ao encontro do modelo de atenção à saúde coletiva. Como afirmaram MELO e ARAÚJO, *“A transformação da prática da enfermagem na direção do SUS deve estar embasada nos princípios que resgatam a cidadania e que permitam uma assistência integral e de qualidade. Que respeite a individualidade, o direito à informação e decisão do cidadão, razão pela qual existimos como profissionais de saúde”* (MELO & ARAÚJO, 1992, p. 30). A participação da enfermeira nessa instância popular deliberativa é uma novidade para a enfermagem e pode representar um reforço na luta pela conquista da cidadania plena, dando uma dimensão social e política ao seu perfil de atuação.

No processo de construção do novo modelo assistencial a enfermagem possui papel de destaque tendo em vista algumas de suas características, também apontadas pelas autoras acima: a inserção da enfermagem em todos os momentos do trabalho em saúde; o setor público como o maior mercado de trabalho da enfermagem; a permanência e continuidade da enfermagem nos serviços de saúde; o elevado percentual dos trabalhadores de enfermagem na composição da força de trabalho em saúde. Acrescente-se ainda que essa inserção é também facilitada por uma maior identificação social dos profissionais de enfermagem com a clientela, constituída, em sua maioria, de população carente. É o que SOARES (1997) chama de compromisso social e político do enfermeiro, ao fazer a opção pelos mais carentes.

Conclui-se que o processo de mudança no qual está inserida a enfermagem passa por uma nova concepção assistencial, baseada num novo paradigma que tem suas raízes no processo da reforma sanitária, e que é resultante de determinantes históricos, políticos e sociais. Cabe destacar também que existem, além dos determinantes gerais, determinantes locais que ajudam a explicar as diferenças internas, ao nível das unidades, nas relações entre os profissionais e destes com os usuários.

Hoje, a enfermagem em Juiz de Fora tem perspectivas de consolidar seu trabalho e ampliar seu espaço de atuação, na medida em que os enfermeiros participem como atores de destaque no processo de construção do modelo de atenção à saúde coletiva; e isto se constitui num verdadeiro desafio.

BIBLIOGRAFIA

- ABRANCHES, S. H., COIMBRA, M. A., SANTOS, W. G. dos. **Política Social de Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro, Zahar, 1987.
- ADAMI, N. P. et al. Características Básicas que Diferenciam a Consulta de Enfermagem da a Consulta Médica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 9-13, mar. 1989.
- AGUDELO, Maria Consuelo Castrillon. El Trabajo en Enfermería. In: MACHADO, Maria Helena. **Profissões de Saúde: uma Abordagem Sociológica**, Rio de Janeiro: Editores Fiocruz, 1995. 226p
- ALBUQUERQUE, Maria Celi de. Situação da Enfermagem na Década de 80. In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Florianópolis, SC: ABEn, set. 1989. p. 76- 83.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O Materialismo Histórico na Pesquisa em Enfermagem. In: 4º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. ANAIS. São Paulo, 1985. p. 83-89.
- _____. **O Trabalho de Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva. Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto**. Tese de Livre Docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, janeiro, 1991. 297p.
- _____. Processo e Divisão do Trabalho na Enfermagem. In: XXXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Salvador, Bahia: ABEn, nov. 1987.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, FORTUNA, Cinira Magali, PEREIRA, Maria José Bistafa et al. A Gerência na Rede Básica de Serviços de Saúde em Ribeirão Preto - Um Processo em Construção. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 47, n. 3, p.278-286, jul./set.1994.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, MELLO, Débora Falleiros, NEVES, Lis Aparecida de Souza. O Trabalho de Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva. Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 44, n. 2/3, p. 64-75, abril/set.1991.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, MISHIMA, Silvana Martins, SILVA, Eliete Maria MELLO et al. O Trabalho de Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva — Rede Básica de Saúde. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Semiramis Melani Melo (orgs) **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997. 296p.

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez Editora, 1986. 128 p.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Semiramis Melani Melo. Considerações sobre a Enfermagem Enquanto Trabalho. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Semiramis Melani Melo (orgs) **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997. 296p.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, RODRIGUES, Abigail Moura, CASTELLANOS, Brigitta Elza Pfeiffer et al. A Situação da Enfermagem nos Anos 80. 90. In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Florianópolis, SC: ABEn, set. 1989. p. 43-75.
- ALVES, Delvair de Brito. **Condições de Trabalho em Enfermagem: Aspectos Teóricos**. Tema apresentado no XXXIX CBEn, Salvador, Bahia, 1987. 27 p. Texto xerocopiado.
- AMANCIO, Aloysio. Educação Médica, Relação Médico Paciente. **Saúde em Debate. Rev. do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. n. 5, out/dez. 1977. p. 18- 20.
- ANTUNES, Maria José Morais, SILVA, Isília Aparecida, EGRY, Emiko Yoshikawa et al. Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil. **Rev Latino - Americana de Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 101-102, abr. 1977.
- AROUCA, Sérgio - Implantação da Reforma Sanitária Através do SUDS. **Saúde em Debate**, CEBES, Curitiba, PR, v. 22, p. 49-54, out. 1988.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo. O Fazer da Enfermeira no Sistema Local de Saúde - Enfermagem **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 363-372, jul./set. 1990
- _____. **A Municipalização da Saúde em Feira de Santana - BA: Intenção ou Realidade?** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994. 210 p
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ENFERMAGEM - ABEn/CEPEn. **Síntese do Desenvolvimento do Projeto ICN/ ABEn/ CIPESC/BRASIL e Relatório do I Encontro do Grupo Coordenador com a Consultora do ICN**. São Paulo, out. 1996. 11p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn. COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO. **A “Nova” Lei do Exercício Profissional da Enfermagem**. Caderno de Legislação / Documento I. Brasília, , set. 1987.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn. COMISSÃO PERMANENTE DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM. **Descentralização em Saúde e a Prática da Enfermagem**. (Série Documento 3). Brasília: ABEn, 1992.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn. COMISSÃO PERMANENTE DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM. **Serviços de Saúde: Conceitos, Gestão, Avaliação.** (Série Documento 2). Brasília: ABEn, 1992.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn. SUS - **Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida. Contribuição da Enfermagem Brasileira.** Brasília, set. 1996. 5p

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **Apresentação de Citações em Documentos.** NBR 10520 (NB-896/90) Maio 1990. 9 p.

_____. **Apresentação de Originais.** NBR 12256/92 Abr. 1992. 4 p.

_____. **Referências Bibliográficas.** NBR 6023 (NB-66/89) Maio 1989. 9 p.

_____. **Resumos.** NBR 6028 (NB-88/86) jul. 1987 3 p.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. Política de Saúde: A Complexa Tarefa de Enxergar a Mudança Onde Tudo Parece Permanência... In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1997, 288p.

BARROS, Stella Maria P. F. de. Experiência docente assistencial em saúde comunitária. **Rev. Baiana Enferm.,** Bahia, v. 1, n. 2, p. 97-117, dez. 1985.

_____. **O Enfermeiro e sua Identidade na Sociedade. O Espaço Político Social do Enfermeiro.** Trabalho apresentado na 37ª Reunião Anual para o Progresso da Ciência. Belo Horizonte, M.G., 10 a 17/07/1985. Texto xerocopiado.

_____. Pesquisar Para Evoluir. **Rev. Esc. Enferm.,** USP, São Paulo, v. 26, n. Especial, p. 131-140, out. 1992.

_____. Recursos Humanos Saúde: Um Desafio Estratégico para a Qualidade da Assistência de Saúde para a Organização do SUS - com Ênfase na Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 44, n. 1, p. 7-9, jan./mar. 1991.

BARROS, Stella Maria P. F. de & SILVA, Nair Fábio da. Brasil - Sistemas Locais de Saúde - Enfermagem **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 43, n. 1-4, p. 126-130, jan./dez. 1990.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. As Múltiplas Faces do Médico Sanitarista. In: MACHADO, Maria Helena. **Profissões de Saúde: uma Abordagem Sociológica,** Rio de Janeiro: Editores Fiocruz, 1995. 226p

BERLIGUER, Giovani. **Medicina e Política.** São Paulo: HUCITEC/CEDEC, 1978.

- BETANCOURT, Oscar. **La Salud y el Trabajo-Reflexiones Teórico- Metodológicas. Monitoreo Epidemiológico. Atencion Básica de Salud.** Quito: CEAS/OPS, 1995. 306p (SEPARATA 70-84).
- BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. PHISIS. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.
- BODSTEIN, REGINA. Assistência Médica na Agenda Pública. In: BODSTEIN, Regina (org.). **Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas.** Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1993. 136p.
- BOHADANA, Estrella. Experiências de Participação Popular nas Ações de Saúde. In: **Saúde e Trabalho no Brasil.** Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1982. 128p.
- BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ed, 1984. 191p.
- BORGES, Maria Valderez. **Enfermagem na Vigilância Epidemiológica em Serviços Básicos de Saúde.** Um enfoque de Participação.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de janeiro, 1980. 125p
- BRASIL, Centro de Ciências Sociais - Universidade Federal de Juiz de Fora. Convênio Prefeitura de Juiz de Fora. **Anuário Estatístico de Juiz de Fora 1994.** Juiz de Fora, Pró - Reitoria de Pesquisa, 1995.
- BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL, Instituto de Pesquisa e Planejamento/Juiz de Fora - Ipplan/JF. **Plano Diretor Juiz de Fora.** Juiz de Fora, ago., 1992. p .70.
- BRASIL, Legislação Federal - Lei n.º 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, v.128, p.55-90, 20 set. 1990.
- BRASIL, Legislação Federal - Lei n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, dez. 1990.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS. **Decreto N° 94.657-20.** julho, 1987.

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda para o Ministério da Saúde em 1994: Descentralizando a Gestão e Construindo o Sistema Único de Saúde em Cumprimento à Constituição**, 1994. 38 p. Texto xerocopiado.
- BRASIL, Ministério da Saúde. IX Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Offset Editora Gráfica e Jornalística Ltda., 1993. 47 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Construindo Um Novo Modelo: Os Municípios já têm História Para Contar. **Cadernos Saúde da Família**. Brasília v.1. n. 1, p. 1-64, jan/jun, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor -Área da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa**. Departamento de Operações, Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa Saúde da Família. - Brasília, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. ANAIS. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Atenção à Criança Desnutrida (Manual de Normas Técnicas)**. Brasília, maio de 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**. Brasília, 1993. 18 p. Texto xerocopiado.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/Nº-545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, 24 maio 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/Nº-545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1996. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, 2 set. 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **A Trajetória da Municipalização**. Brasília. Coordenação de Comunicação com o Usuário, 1994. 54p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Geral /SESUS. **Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde-SNAS. **ABC DO SUS- Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990. 20 p.

- BRAVERMAN, Harry. A Divisão do Trabalho. In: **Trabalho e Capital Monopolista. A Degradação do Trabalho no Século XX**. 3ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.p. 70-81. 379 p. Tradução de Nathanel C. Caixeiro.
- BREILH, Jaime. Reprodução Social e Investigação em Saúde Coletiva: Construção do Pensamento e Debate. In: COSTA, D.C.(org.) **Epidemiologia: Teoria e Objeto**. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1990. p. 128-165.
- _____. **Nuevos Conceptos y Tecnicas de Investigacion**. Guia Pedagógica para un Taller de Metodología (Epidemiologia del trabajo).2ed. Quito: Ediciones CEAS, 1995. 365p.
- BORDINGTON, Milene de Oliveira. Informações em Saúde: Potencialização e Sentido. In: BORDIN, Ronaldo et al. **Práticas de Gestão em Saúde: Em Busca Da Qualidade**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 1996.p.29-38.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre o Processo de Administração e Gerência de Serviços de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, MERHY, Emerson Elias, NUNES, Everardo Duarte. **Planejamento Sem Normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p 9-31.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para o Debate. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, MERHY, Emerson Elias, NUNES, Everardo Duarte. **Planejamento Sem Normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989.p 53-60.
- CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1995, 165p.
- CAPISTRANO FILHO, David. Adeus ao Trabalho? Há um Meio de Progresso Técnico, Tempo Livre e Emprego para Todos. **Atenção**. Edição de Lançamento, out. 1995, p. 24-27.
- CARRASCO, Maria Angélica Puntel. Influência das Escolas de Administração Científica e Clássica na Produção Científica da Enfermagem Brasileira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 27, n. 1, p. 43-65, abr. 1993.
- CARVALHO, Alzirene Nunes de, OLIVEIRA, Francisca Valda Silva de. A Produção do Serviço de Enfermagem na Atual Conjuntura de Saúde - Contribuição ao Debate. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 43 n. 1-4, p. 7-13, jan./dez. 1990.
- CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil. Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro: FASE/ IBAM, 1995 136p.
- CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. A Doença da Saúde Tem Cura. **Rev. Saúde em Debate**, CEBES, n. 35, p. 30-32, jul. 1992.

- CARVALHO, Marcus Renato de. Modelos Assistências de Unidades Básicas e o Conceito de Integralidade. IN: BODSTEIN, Regina. - **Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas**. Rio de Janeiro: Editores Relumé - Dumará, 1993. p.117-136
- CARVALHO, Maria Alice R. de, LIMA, Nísia Verônica T. Lima. O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva. IN: FLEURY, Sônia Teixeira - **Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social**. Rio de Janeiro: Editores Relumé - Dumará, 1992. p.117-142.
- CASTELLANOS, Brigitta E. P., SALUM, M. J. L. A Mercantilização da Saúde e as Propostas de Sistematização da Assistência de Enfermagem: O Que Buscamos e a Quem Servimos. In: III SEMANA "WANDA DE AGUIAR HORTA". ANAIS. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1990. p. 47-69.
- CASTELLANOS, Brigitta E.P. et al. Os Desafios da Enfermagem para os Anos 90. In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Florianópolis, SC: ABEn, set. 1989. p. 147-169.
- CHAPTULIN, Alexandre. **A Dialética Materialista . Categorias e Leis da Dialética**. São Paulo: Editora Alfa-Omega, 1982. 354p.
- CHAUÍ, MARILENA DE SOUZA. **O que é Ideologia?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1980. 125p.
- COHN, Amélia, MARSIGLIA, Regina G. **Processo e Organização do Trabalho: Um Roteiro para seu Entendimento**. s/d., 32 p. Texto xerocopiado.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, XXXIX. Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn. **Relatório Final**. Salvador, Bahia, 1987. 4p.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil: 1982- 1983. A Força de Trabalho na Enfermagem**. Vol. I, Rio de Janeiro, RJ, 1985.
- _____. **O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil: 1982- 1983. Enfermagem no Contexto Institucional**. Vol. II, Rio de Janeiro, RJ, 1985.
- CORBISHLEY, Angela Cristina Marques, SILVA, Maria da Anunciação. **A Consulta de Enfermagem na Programação dos Centros de Saúde**. Trabalho apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Resumo no ANAIS. São Paulo, SP, 1996. 20p.
- CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda., 1991. 184 p.

- CORDEIRO, Hésio, MACHADO, Heloiza, SOUSA, Maria de Fátima. Universidade e Saúde. **O GLOBO**, Rio de Janeiro, 20 ago. 1997. 1º Caderno, p. 8.
- COSTA, Nílson do Rosário. Ciências Sociais e Saúde: Considerações sobre o Nascimento do Campo da Saúde Coletiva no Brasil. **Rev. Saúde em Debate**, CEBES, n. 36, p. 58-65, out. 1992.
- CUNHA, João Paulo Pinto da. Assis. **Cadernos Saúde da família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 34-39, jan./jun. 1996.
- _____. Brumadinho. **Cadernos Saúde da família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 24-33, jan./jun. 1996.
- _____. Camaragibe. **Cadernos Saúde da família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 16-23, jan./jun. 1996.
- _____. Campina Grande. **Cadernos Saúde da família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 48-55, jan./jun. 1996.
- _____. Curitiba. **Cadernos Saúde da família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 56-64, jan./jun. 1996.
- _____. Londrina. **Cadernos Saúde da família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 40- 47, jan./jun. 1996.
- CUNHA, Rosani Evangelista - **Avançando para a Municipalização Plena de Saúde: O que Cabe ao Município**. Trabalho elaborado por solicitação do Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde - SAS/MS, s/d., 51p. Texto xerocopiado.
- DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho. Estudo de Psicologia do Trabalho**. 2 ed. São Paulo: Cortez Editora - OBORÉ, 1987. 163 p.
- DONNANGELO, Maria Cecília F., PEREIRA, Luiz - **Saúde e Sociedade**, 2 ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979. 124 p.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. Pesquisar para evoluir? Pesquisar para Superar! In: "ENCONTRO INTERNACIONAL PESQUISA EM ENFERMAGEM: UMA QUESTÃO DE SAÚDE". **ANAIS**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1992. p. 141-151.
- _____. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone Editora, 1996. 144 p

_____. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva Orientada pelo Materialismo Histórico e Dialético: Em Busca do Horizonte de Unicidade Entre o Saber e o Fazer. In: III SEMANA "WANDA DE AGUIAR HORTA". ANAIS. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1990. p. 97-110.

153 ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. IN COHN, Amélia Marsiglia. **Saúde no Brasil. Políticas e Organização de Serviços.** São Paulo: Cortez Editora, 1996, 117 p.

FELICIELLO, Domenico. Modelos Assistenciais e Política de Saúde no Brasil. **Rev. Adm. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 62-78, abr./jun. 1992

FONSECA, Maria Rosa Godoy Serpa . **Gênero Categoria Analítico - Interpretativa das Condições de Vida e Saúde da Coletividade.** Texto elaborado para fundamentar a Oficina de Trabalho "Inserindo a questão de gênero na prática de enfermagem", realizada durante o 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiânia, 19 a 23 de novembro de 1995. 11 p.

_____. **Atenção: Mulheres Trabalhando! (...na Vida, na Saúde, na Enfermagem).** Texto apresentado na Oficina de Trabalho "Inserindo a questão de gênero na prática de enfermagem", realizada durante o 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem , Goiânia, 19 a 23 de novembro de 1995.17p.

FONTES TEIXEIRA, Carmem, PAIM, Jairnilson Silva. Problemas da Organização dos Serviços de Saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: **Saúde Coletiva : Textos Didáticos.** - Salvador : Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.257p.

FONTES TEIXEIRA, Carmem. Serviços de Saúde: Revisão Conceitual e Visão Panorâmica da Situação no Brasil. **Rev. Baiana de Enferm.**, v. 7, n. 1-2, p. 162-180, abr./out. 1994.

FÓRUM NACIONAL DE ENTIDADES DE ENFERMAGEM - FNEEN. Projeto Político da Enfermagem Brasileira. Oficina de trabalho realizada em Brasília em agosto da 1990. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 45, n. 2-3, p. 98-104, abril/set. 1992.

FRAZÃO, Paulo. Desenvolvimento do Pessoal Universitário Odontológico na Perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde em Debate**, CEBES, n. 42, p. 30-35, mar. 1994.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança.** São Paulo, Editora Paz e Terra, 1992.

GADOTTI, Moacir. A Dialética: Concepção e Método. In: **Concepção Dialética da Educação: um Estudo Introdutório.** 6ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988, 175p.

- GEIB, L.T.C.- Avaliação de Saúde das Crianças de zero a seis meses de idade, através da Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde - Passo Fundo - 1982. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 203-221, jul. 1984
- GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 1983. 118 p.
- GIOVANNI, Geraldo. O Método Dialético. In: 3º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. **ANAIS**. Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 1984. p.161-171.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Práticas da Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. Cadernos CEFOR. Texto 1. São Paulo, 1992. p. 1-53.
- _____. **Processo de Trabalho em Saúde**. São Paulo, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da USP. 1989. 31 p. Texto xerocopiado.
- _____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Pulo**. Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1994. 2 ed., 278 p.
- _____. Trabalho em Saúde e Pesquisa: Reflexão a Propósito das Possibilidades e Limites da Prática de Enfermagem. IN: 5º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. **ANAIS**. Belo Horizonte, MG: ABEn, jul. 1988. p. 27-39.
- GUÉRCIO, Idalina Maria, NICODEMOS, Míriam Cristina, ANDRADE, Sônia Aparecida Saber de et al . **Reflexões, Perspectivas e Contribuições do Serviço de Atenção ao Desnutrido -SAD**. Monografia do Curso de Especialização em Serviço Social aplicado à área de Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. 1996. Texto xerocopiado. 53p.
- HAGUETTE, André, et al. **Dialética Hoje**, Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
- HARNECKER, Marta. **Os Conceitos Elementares do Materialismo Histórico**, 2ª ed., São Paulo: Global Editora, 1983. 296 p.
- HELOANI, Roberto. **Organização do Trabalho e Administração. Uma Visão Multidisciplinar**. São Paulo: Cortez Editora, 1994.
- HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. **A Realidade e os Mitos da Consulta de Enfermagem na Rede Básica do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Néry, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 232p.
- HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

IANNI, Otávio. O Mundo do Trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, v. 8, n. 1, p. 2-12, jan./mar. 1994

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e a Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976. 220p.

_____. MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 2ª ed, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991. 265p.

JUIZ DE FORA. **Décimo Termo Aditivo ao Convênio Firmado entre o Município de Juiz de Fora e a Universidade Federal de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 21 jul. 1997.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - SMS. Conferência Municipal de Saúde. **Relatório Final**. Juiz de Fora, 1995. 4 p.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - SMS. **Tese da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Modelo Assistencial Proposto para o SUS**. Documento elaborado pelo GIM- Grupo de Inversão do Modelo Assistencial da SMS/JF, Juiz de Fora, mar. 1995. 5 p. Texto xerocopiado.

JUIZ DE FORA. **Lei Municipal nº 8076 de 11 de Maio de 1992**. Dispõe sobre formação do Conselho Municipal de Saúde. Juiz de Fora - MG. Maio, 1992.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - SMS. **Centros Comunitários: Estrutura e Funcionamento**. Juiz de Fora, 1982.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - SMS. **Informativo Especial da SMS /JF**. Juiz de Fora, dez. 1986. 54p.

JUNQUEIRA, Adriana Belfort, BARBOSA, Ana Maria Chevitarese, DUARTE, Eliana Seixas de Sá et al. **Sistema de Informação em Saúde e Participação Popular- Algumas Reflexões**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Serviço Social. Monografia de Conclusão de Curso, 1996. 42p.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A Mudança Organizacional no Setor Público de Saúde: Delineamento de uma Metodologia. **Rev. Adm. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 139 - 44, abr./jun. 1992

KARSCH, Ursula M. Simon. **O Serviço Social na Era dos Serviços**. 2 ed., São Paulo: Cortez Editora, 1989. 183 p.

KASCHER, Angela Cristina Gualberto. **A Prática da Enfermagem em um Contexto de Negação da Cidadania: O Caso de um Centro Municipal de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Néry, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990. 302 p

- KOIZUMI, Maria Sumie. Fundamentos Metodológicos da Pesquisa em Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 26, n. Especial, p. 33-47, out. 1992.
- KONDER, Leandro. **O Que É Dialética**. 15 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. 87 p.
- KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A. 1995. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio.
- LAURELL, Asa Cristina. "La Salud - Enfermedad Como Proceso Social". **Revista Latino Americana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982. Tradução E.D. Nunes.
- LEAVELL, Hugh & CLARK, E. Gurney. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill do Brasil, Ltda. 1978. 745p.
- LEOPARDI, Maria Tereza, ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Semiramis Melani. O Significado da Assistência de Enfermagem no Resultado da Assistência à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 45, n. 4, p. 249-258, out./dez.1992.
- LEVCOVITZ, Eduardo & GARRIDO, Neyde Gloria. Saúde da família: a Procura de um Modelo Anunciado. **Cadernos Saúde da família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 3-9, jan./jun. 1996.
- LÖWY, Michael. Ideologias e Ciência Social. **Elementos para uma Análise Marxista**. 10ed, São Paulo: Cortez, 1995. 112p.
- LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli Elisa Ddalmazo Afonso de. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. (Temas Básicos de Educação e Ensino). São Paulo: E.P.U., 1986. 99 p.
- MACHADO, Francisco de Assis. **Crise Ideológica na Corporação Médica. Resistências ao Processo de Assalariamento no Setor Saúde**, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1988. 179 p.
- MACHADO, Maria Helena. Sociologia das Profissões uma Contribuição ao Trabalho Teórico. In: MACHADO, Maria Helena. **Profissões de Saúde: uma Abordagem Sociológica**, Rio de Janeiro: Editores Fiocruz, 1995. 226p
- _____. Trabalhadores da Saúde: Um Bem Público. **Rev. Saúde em Debate**, Curitiba, n. 48, p. 54-57, set. 1995.
- MACHADO, Maria Helena, CARSALE, Maria Inês. Os Trabalhadores de Saúde e o SUS. **Rev. Adm. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 172- 78, abr./jun., 1992.

- MACHADO, Maria Lúcia, CONDÉ, Rosely Salomão. **Programa Saúde da Família: Alternativa à Inversão do Modelo Assistencial em Juiz de Fora**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Serviço Social. Monografia de Conclusão de Curso. 1996. 62p.
- MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. **Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania**, São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 1994. 172 p.
- MARX, Karl. **O Capital. Crítica da Economia Política. Livro 1: O Processo de Produção do Capital**. v. 1, 7ed. São Paulo: Difusão Editorial S.A., 1982. 579p. Tradução de Reginaldo Sant'Anna.
- _____. **O Capital**. Edição Resumida Julian Borchardt, 7 ed., Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982. 395 p. Tradução Ronaldo Alves Schmidt.
- MARX, Karl, ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**, 6 ed, São Paulo: Editora Hucitec, 1987. 137p. Tradução de José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira.
- MELO, Cristina, ARAÚJO, Maria Jenny S. **A Nova Prática de Enfermagem no Sistema Único de Saúde**. In: Descentralização em Saúde e a Prática da Enfermagem. Documento III. Brasília: ABEn, 1992. 11p.
- MELO, Cristina Maria Meira de. **Divisão do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, Série Saúde e Sociedade, 1986. 94 p.
- _____. Reflexões sobre o Processo de Trabalho e Força de Trabalho da Enfermagem. IN: Simpósio: **Reflexões sobre o Processo de Trabalho de Enfermagem na Organização dos Serviços de Saúde na Sociedade Brasileira**. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. Brasília: ABEn, jul., 1987. 55 p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **Distrito Sanitário. O processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1994. p. 19-91.
- MERHY, Emerson Elias. Brasil pós-64: Financiamentos e Modelos dos Serviços de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, MERHY, Emerson Elias, NUNES, Everardo Duarte. **Planejamento Sem Normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p 61-112.
- MEIRELES, Bento Corrêa, NETO, Custódio Eliana A., MALAQUIAS, Jocimar V. et al. **Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora : Análise de uma Trajetória**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Serviço Social. Monografia de Conclusão de Curso, dez. 1996. 36p.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio de Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Sousa, DESLANDES, Suely Ferreira, NETO, Otávio Cruz et al. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.
- MIRINS ganham direito trabalhista. **Tribuna de Minas**, Juiz de Fora, 14 de outubro de 1997.
- MISHIMA, Silvana Martins, VILLA, Tereza Cristina Scatena, SILVA, Eliete Maria et Al. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Semiramis Melani Melo (orgs) **O Trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez Editora, 1997. 296p.
- NAKAMAE, Djair Daniel. **Novos Caminhos da Enfermagem.** São Paulo: Cortez Editora, 1987. 120 p.
- NETTO, José Paulo. **O Que é Marxismo.** 3 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. 84p.
- NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência Pré-Natal. Prática de Saúde a Serviço da Vida.** São Paulo: HUCITEC, 1994. 157p.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. A Força de Trabalho em Saúde: Tendências e Problemas. Fundação Getúlio Vargas. **Revista de Administração Pública**, v. 17, n. 3, p. 61-70 jul/set, 1983.
- _____. **O processo de Produção de Serviços de Saúde.** s/d. 23 p. Texto xerocopiado.
- _____. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda, 1994. 155p.
- NOVAES, Humberto de Moraes. **Ações Integradas Nos Sistemas Locais De Saúde - SILOS. Análise Conceitual e Apreciação de Programas Selecionados na América Latina.** São Paulo, Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e da Saúde - PROAHSA. Organização Panamericana de Saúde. São Paulo: Livraria Panamericana de Saúde, 1990. 202p.
- NOVAIS, Maria de Nazaré Camarão dos Santos. **Assistência Social: Prática Cotidiana da Cidadania em Unidade de Saúde.** Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Serviço Social. Monografia de Conclusão de Curso, 1996. 38p.
- OLIVEIRA, Carlos Roberto. **História do Trabalho.** São Paulo: Editora Ática S.A, 1987.

- OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. Por Uma Perspectiva dos Usuários: Avaliação de uma Unidade de Saúde Comunitária. In: BORDIN, Ronaldo et al. **Práticas de Gestão em Saúde: em Busca da Qualidade**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 1996. p.13-28.
- OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. Enfermagem e Estrutura Social. In: XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Fortaleza, CE: ABEn, set. 1979.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan Decenal de Salud para las Americas. Informe Final de la III Reunion Especial de Ministros de Salud de las Americas**. Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972). Washington, D.C., EUA. jan., 1973.
- O QUE É REFORMA SANITÁRIA? **Proposta - Jornal da Reforma Sanitária**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, n. 1, p. 5, mar. 1987.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. IN: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. p. 187-220.
- _____. **A Saúde Coletiva e os Desafios da Prática**. Texto elaborado para Organização Panamericana da Saúde-OPS como contribuição à discussão sobre a Situação e Tendências da Saúde Pública na Região das Américas. s/d. 44 p. Texto xerocopiado.
- _____. Estratégias para Integração Multidisciplinar e Multiprofissional na Prática de Saúde. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 37-47, out. 1993.
- QUEIRÓZ, Maria Izaura Pereira de. **Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva**. São Paulo: CERU e FFLCH/USP, 1983. 182p. (Coleção Textos v.4).
- QUEIRÓZ, Vilma Machado de, EGRY, Emiko Yoshikawa. Bases Metodológicas Para a Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva Fundamentadas no Materialismo Histórico e Dialético. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 26-33, jan./mar., 1988.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde - Dialética do Pensar e do Fazer**. São Paulo: Cortez Editora, 1989. 159 p.
- RIBEIRO, Elizabete Lisbôa & OLIVEIRA, Marília Faria de. **A Inversão do Modelo Assistencial no SUS/JF: Utopia ou Processo em Construção?** Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Serviço Social aplicado a área de Saúde. Juiz de Fora, 1995. 79 p.

- RIBEIRO, Patrícia Tavares. **A Instituição do Campo Científico da Saúde Coletiva no Brasil: 1975/1978**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991. 169 p.
- ROSA, Maria Tereza Leopardi da, RODRIGUES, Abigail de Moura, CASTELLANOS, Brigitta Elza Pfeiffer, et al. O Desenvolvimento Técnico Científico da Enfermagem - Uma Aproximação com Instrumentos de Trabalho. IN: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1989, p 97-126.
- SALA, Arnaldo. A avaliação de Programas de Saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (org.). **Programação em Saúde Hoje**. 2ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993. 243p.
- SANTOS, S R. et al. Avaliação da Consulta de Enfermagem: uma Experiência na Clínica de Tisiopneumologia do Ambulatório do Hospital Universitário - UFPb. CCS, João Pessoa, v. 9, n. 1, p. 41, jan./mar. 1987.
- SAUPE, Rosita. O Professor de Enfermagem - a Transformação Possível. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 27, n. 1, p. 151-60, abr. 1993.
- SAUPE, Rosita & NAKAMAE, Djair Daniel. A Dialética Materialista na Concepção Progressista da Realidade. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 30- 44, jan./ jun. 1994.
- SCOTTI, Ricardo F. Financiamento da Saúde e Revisão Constitucional. Paineis 2. In: 1º ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DE SAÚDE. ANAIS. São Paulo, 1994. p. 25-46.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. **O Médico e Seu Trabalho. Limites da Liberdade**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993, 229p.
- SCHRAIBER, Lilia Blima, NEMES, Maria Inês Baptistella. Processo de Trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap: Qualidade em saúde**, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, São Paulo, ano 10, n. 19, p.106-121, jan/abr. 1996.
- SILVA, Eliete Maria, GOMES, Elizabeth Laus Ribas, ANSELMÍ, Maria Luiza. Enfermagem: Realidade e Perspectiva na Assistência e no Gerenciamento. **Rev. Latino Americana de Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p.59-63, jan. 1993.
- SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica**. São Paulo: Cortez Editora, 1986. 143 p.
- SILVA, Maria da Anunciação. **A Enfermagem e o Sistema Único de Saúde: O Vivido e o Representado. Um estudo de Caso**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1994

SIMÕES, Maria de Lurdes, VILLANI, Maria de Lurdes, SILVA, Marilisa Lima do Valle. **Histórias de Vida : as Experiências Pessoais de Mulheres Chefes de Família**. Monografia do Curso de Especialização em Serviço Social aplicado à área de Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. 1996. Texto xerocopiado. 40p.

SILVER, Lynn. Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: **Planejamento Criativo**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1992. p. 195-210.

SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo, OLIVEIRA, Elizabeth M. **Prevenir e Curar. O Controle Social Através dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988. 166 p.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. São Paulo, 1995. 440p.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. Descentralização e Municipalização em regiões Metropolitanas : uma Experiência na Baixada Fluminense. **Planejamento e Políticas Públicas**. , n°.5, p.53-86, jun.1991.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Sociedade, Estado e Políticas Sociais: Uma Análise da Conjuntura Atual**. Conferência proferida no LXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. Belo Horizonte - Minas Gerais, dez., 1997. Texto Xerocopiado. 10p.

SOARES TEIXEIRA, Francisco José. **Pensando com Marx: uma Leitura Crítico - Comentada de O Capital**. São Paulo: Editora Ensaio, 1995. 537 p.

SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner de. Subordinação da Saúde Pública à Dinâmica da Acumulação Capitalista, ou Breve História do "Ocaso" da Saúde Pública. In: **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2 ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994. p. 37-54.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de, KALICHMAN, Artur Olhovetchi. **Vigilância à Saúde : Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida; Textos**. São Paulo: CEFOR. São Paulo, 1992. p. 1-21.30p.

TASCA, Renato, GREGO, Claudio, VILLA, Rosa. Sistemas de Informação em Saúde para Distritos Sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **Distrito Sanitário. O processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1994. p. 19-91.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. A Análise Necessária da Reforma Sanitária. **Rev. Saúde em Debate**, Curitiba, PR, n. 22, p. 25-27, out. 1988.

_____. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985. 475 p.

- _____. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ANAIS. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- _____. **Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social**, Rio de Janeiro: Editores Relume - Dumará, 1992.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1987. 175 p.
- UNGLERT, Carmem Vieira. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. (org.). **Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. 310 p.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF, Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Convênio para fins especificados. Juiz de Fora, 26 jul. 1993.
- VANZINI, A.S.- **A Assistência de Enfermagem a Clientes Diabéticos Externos num Hospital de Ensino Porto Alegre, R. S. Análise de uma Experiência de 15 anos na Supervisão de Saúde de Diabéticos**. Tese de Livre Docência - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988. 140p.
- VASCONCELLOS, Eymard Mourão. O Taylorismo e a Construção da Medicina das Classes Populares. **Serviço Social e Sociedade. (Rev.)**, Editora Cortez. São Paulo, ano X, nº31, p.56-74, , set./ dez. 1989
- VASQUEZ, Adolfo Sanchez. **Filosofia da Praxis**. Rio de Janeiro, 2ed. Paz e Terra, 1997. 454p.
- VERDERESE, Olga. O Exercício de Enfermagem nas Instituições de Saúde das Diferentes Regiões do País. Tema Oficial. In: XXXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Olinda - Recife, nov., 1985.
- VELLOZO, Vitória Régia Osório, SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Acesso e Hierarquização : um Caminho (Re) Construído. In: BODSTEIN, Regina (org.). **Serviços Locais de Saúde : Construção de Atores e Políticas**. Rio de Janeiro, Relume- Dumará, 1993. 136p.
- VIEIRA, Cesar. **Enfermagem e Atenção Primária de Saúde no Brasil : Contribuição para uma Crítica**. Trabalho Apresentado ao Grupo de Trabalho sobre a participação da Enfermagem na Atenção Primária de Saúde. NUTES/ UFJF, CLATES/ OPS, Fundação W. K. Kellog. Rio de Janeiro, RJ, Jul.1983. Texto xerocopiado.

VILLA, Teresa Cristina Scatena, MISHIMA, Silvana Martins, ROCHA, Semiramis Melani Melo. Considerações sobre a Enfermagem Enquanto Trabalho. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Semiramis Melani Melo (orgs) **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997. 296p.

YONGERT, Ina. Enfermagem na Bélgica. In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. ANAIS. Florianópolis, SC: ABEn, set. 1989. p. 133-144. Tradução ROSSI, Maria José dos Santos.

XAVIER, Iara de Moraes et al. Subsídios para a Conceituação da Assistência e Enfermagem Rumo à Reforma Sanitária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 40, n. 2/3, p. 177-80, abril/set. 1987.

ZANCAN, Lenira, MAGALHÃES, Rosana, SOUZA, Rosimary Gonçalves. Atores Sociais na Formulação do Programa Especial da Saúde da Baixada. In: BODSTEIN, Regina (org.). **Serviços Locais de Saúde : Construção de Atores e Políticas**. Rio de Janeiro, Relume- Dumará, 1993. 136p.

122

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS**
- ANEXO 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS TÉCNICOS, AUXILIARES DE ENFERMAGEM E ATENDENTES**
- ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÉDICOS, ASSISTENTES SOCIAIS E OUTROS PROFISSIONAIS**
- ANEXO 4 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE**
- ANEXO 5 - FORMULÁRIO PARA RELATÓRIO DA ENTREVISTA APÓS EXECUÇÃO**
- ANEXO 6 - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL**
- ANEXO 7 - RELATÓRIO DAS ENTREVISTAS (RESUMO PARA ANEXAR À TESE) - APÓS TRANSCRIÇÃO DAS FITAS**
- ANEXO 8 - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**
- ANEXO 9 - FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA**
- ANEXO 10 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ALUNO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE**
- ANEXO 11 - ATAS DAS REUNIÕES REALIZADAS COM OS ENFERMEIROS**
- ANEXO 12 - CARACTERIZAÇÃO PARCIAL DOS CENTROS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA**
- ANEXO 13 - OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (TESTE)**
- ANEXO 14 - RELATÓRIO DA ENTREVISTA APÓS EXECUÇÃO**
- ANEXO 15 - ANÁLISE DOCUMENTAL (TESTE)**
- ANEXO16 - CONSOLIDADO DAS AÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DA SMS/JF, ELABORADO NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE- SUBSÍDIOS DA 1ª e DA 2ª REUNIÃO REALIZADAS COM O GRUPO DE ENFERMEIROS DA SMS/JF E REUNIÃO POSTERIOR COM ENFERMEIRA REPRESENTANTE DO GRUPO**

ANEXO 1
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS

DATA:

HORÁRIO DO INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

IDENTIFICAÇÃO

Idade:	Sexo:	
Escola em que se graduou:		
Outros cursos (habilitação, especialização, cursos de pequeno duração):		
Tempo de formado:	Tempo de trabalho em centros de saúde:	Carga horária semanal:
Outros empregos:		
Local onde mora:		

QUESTÕES:

1. Descreva um dia de trabalho no C.S.
2. Como você divide seu tempo?
3. Quais atividades você desenvolve com mais frequência?
4. Qual é o trabalho do técnico e do auxiliar?
5. Quais são as atividades que você desenvolve na comunidade? Quais as mais freqüentes?
6. Que atividades você considera essenciais no desempenho do seu trabalho no C.S.?
7. Que outras atividades uma enfermeira que trabalha em C.S. deveria desenvolver? Para quê?
8. Você desenvolve alguma atividade que considera ser de outro profissional?
9. Quais são as atividades dos outros profissionais da equipe de enfermagem?
10. Quais as atividades dos outros membros da equipe de saúde?
11. Como se dá a relação entre o seu trabalho e o trabalho da equipe de enfermagem?
12. Qual a relação entre o seu trabalho e o trabalho dos outros profissionais do C.S.?
13. Faça uma avaliação do seu trabalho (atende as necessidades da comunidade?).
14. Qual a sua visão sobre SUS em Juiz de Fora?
15. Quais são os problemas de saúde mais freqüentes da população que procura o C.S.?
16. O que significa para você Saúde Coletiva?
17. Que relação você faz entre o seu trabalho e a Saúde Coletiva?
18. Na sua opinião, que conteúdos específicos o enfermeiro deve dominar para trabalhar em C.S.? Você tem ou teve alguma limitação nesse sentido? Em caso afirmativo, quais?
19. Você acha que o C.S. comporta outras atividades? Em caso afirmativo, quais?

20. Como você vê a participação da comunidade a partir do seu trabalho no Centro de Saúde?
21. Qual a utilidade do C.S. para a população?
22. Como poderia ser mais útil?

ANEXO 2
ROTEIRO PARA ENTREVISTA
COM OS TÉCNICOS, AUXILIARES DE ENFERMAGEM E ATENDENTES

DATA:

HORÁRIO DO INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

IDENTIFICAÇÃO:

Idade:	Sexo:
Grau de escolaridade:	
Outros Cursos (Treinamentos, cursos de pequena duração):	
Tempo de trabalho em centros de saúde:	Carga horária semanal:
Outros empregos:	
Local onde mora:	

QUESTÕES:

1. Descreva um dia rotineiro de trabalho no C.S.
2. Como você divide seu tempo?
3. Quais as atividades que o enfermeiro desenvolve no Centro de Saúde?
4. Quais são as atividades que você desenvolve na comunidade? E o enfermeiro?
5. Que atividades você considera mais importantes?
6. Quais atividades você desenvolve com maior frequência?
7. Quais as atividades que os outros profissionais desenvolvem aqui?
8. Você desenvolve alguma atividade que considera ser de outro profissional?
9. Como é a relação entre o seu trabalho e o trabalho da enfermeira?
10. Qual a relação entre o seu trabalho e o trabalho do assistente social, médico, dentista e dos demais profissionais do C.S.?
11. O que você sabe sobre o SUS?
12. Em que o SUS mudou o funcionamento do C.S.?
13. Você sabe o que significa "Saúde Coletiva"? Em caso positivo, explique.
14. Quais são os problemas de saúde mais frequentes das pessoas que procuram o C.S.?
15. Você precisa aprender mais alguma coisa para trabalhar melhor em C.S.? Em caso positivo, o quê?
16. Você acha que o C.S. poderia fazer mais alguma coisa pela população?

ANEXO 3
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÉDICOS, ASSISTENTES SOCIAIS E
OUTROS PROFISSIONAIS

DATA:

HORÁRIO DO INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

IDENTIFICAÇÃO

Idade:	Sexo:	
Escola em que se graduou:		
Outros cursos (habilitação, especialização, cursos de pequeno duração):		
Tempo de formado:	Tempo de trabalho em centros de saúde:	Carga horária semanal:
Outros empregos:		
Local onde mora:		

QUESTÕES:

1. Quais as atividades que você desenvolve com mais frequência?
2. Quais são as atividades que você desenvolve na comunidade? Quais as mais frequentes?
3. Que atividades você vê a enfermeira desenvolver?
4. Que outras atividades uma enfermeira que trabalha em C.S. deveria desenvolver? Por quê?
5. Que atividades você vê os auxiliares de enfermagem desenvolverem?
6. Que atividades você vê os outros profissionais da equipe de saúde desenvolverem?
7. Qual a relação entre o seu trabalho e o trabalho da equipe de enfermagem?
8. Qual a relação entre o seu trabalho e o trabalho dos outros profissionais do C.S.?
9. Faça uma avaliação do seu trabalho (atende as necessidades do cliente, família, a comunidade?).
10. Qual a sua visão sobre SUS em Juiz de Fora?
11. Quais são os problemas de saúde mais frequentes da população que procura o C.S.?
12. O que significa para você Saúde Coletiva?
13. Que relação você faz entre o seu trabalho e a Saúde Coletiva?
14. Você acha que o C.S. comporta outras atividades? Em caso afirmativo, quais?

ANEXO 4
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE

DATA:

HORÁRIO DO INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

IDENTIFICAÇÃO

Idade:	Sexo:
Local onde mora:	

QUESTÕES:

1. Há quanto tempo você freqüenta o C.S.?
2. Quanto tempo você leva da sua casa ao C.S?
3. O que você sabe sobre o funcionamento do C.S?
4. Que serviços o C.S. oferece?
5. O que é melhor no C.S.?
6. Quando você procura o C.S. suas necessidades são atendidas ?
7. O que veio fazer aqui hoje?
8. Você conhece as pessoas que o atendem?
9. O que faz a enfermeira no C.S.?
10. O que faz a auxiliar de enfermagem no C.S.?
10. Você sabe o que é SUS? Em caso afirmativo, explique.
11. Você sabe se o seu bairro tem um conselho de saúde? Em caso afirmativo, fale o que sabe sobre ele.
12. Você acha que o C.S. deveria oferecer outros tipos de serviços? Em caso afirmativo, quais?
13. O que deveria melhorar ?

ANEXO 5

FORMULÁRIO PARA RELATÓRIO DA ENTREVISTA APÓS EXECUÇÃO

NOME FICTÍCIO DO ENTREVISTADO:

Nº DA ENTREVISTA:

• **COMPORTAMENTO DO ENTREVISTADO:**

• **CLIMA:**

• **AVALIAÇÃO:**

Informações que merecem destaque:

• **COMENTÁRIOS:**

ANEXO 6
FOMULÁRIO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

DOCUMENTO:

DATA:

FONTE:

TEOR:

AUTOR:

ANÁLISE:

- PONTOS QUE MERECEM DESTAQUE:

 - RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM:

 - RELAÇÃO COM A SAÚDE COLETIVA:
-

COMENTÁRIOS:

ANEXO 7
RELATÓRIO DAS ENTREVISTAS (RESUMO PARA ANEXAR À TESE)
APÓS TRANSCRIÇÃO DAS FITAS

ENTREVISTADO: (código)

CATEGORIA PROFISSIONAL:

DADOS GERAIS(clima, comportamento do entrevistado, ambiente, outro):

RESUMO DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO ENTREVISTADO:

INFORMAÇÕES QUE MERECEM DESTAQUE:

ANEXO 8
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

DATA:

HORÁRIO DO INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

OBSERVAR E ANOTAR DETALHADAMENTE

- As ações desenvolvidas pela equipe no C.S. (exemplos: consulta de enfermagem, curativos, injeções, vacinas, encaminhamentos, controles, etc.).
- As ações desenvolvidas pela enfermagem na comunidade (exemplos: educação para saúde em escolas, visitas domiciliares, etc.).
- A relação entre o trabalho da enfermagem e o trabalho dos outros profissionais da equipe de saúde.
- A relação entre os membros da equipe de enfermagem e os membros da equipe de saúde.
- A relação entre os membros da equipe de enfermagem e os usuários do C.S.
- A relação entre o trabalho da enfermagem e comunidade.

ANÁLISE (após observação):

COMENTÁRIOS: Destacar dados mais importantes.

AValiação: É possível identificar os instrumentos, objetos e etapas do processo de trabalho da enfermagem?

ANEXO 9
FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE
DE JUIZ DE FORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PESQUISA: A PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: UMA
VISÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTROS DE SAÚDE
RESPONSÁVEL: ANGELA CRISTINA MARQUES CORBISHLEY

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA

Endereço:

Área de Abrangência:

Instituição Responsável pela Construção:

Início do Funcionamento:

Horário Real de Funcionamento:

 Turno Manhã:

 Turno Tarde:

 Turno Noite:

Sala de Espera (Descrição):

Consultórios Médicos Nº:

 Descrição:

Sala de Enfermagem (Descrição):

Sala de Pré - Consulta (Descrição):

Banheiros (Descrição):

Farmácia (Descrição):

Sala de Esterilização (Descrição):

Sala de Reuniões (Descrição):

Sala do Serviço Social (Descrição):

Almoxarifado (Descrição):

Sala de Recepção do Usuário (Descrição):

Áreas	Nº /mês
Pediatria	
Obstetrícia - Pré-natal	
Ginecologia	
Clínica Médica	
Enfermagem:	
1. atividades com a comunidade	
2. consultas	
3. imunizações	
4. procedimentos (curativos, injeções, outros)	
5. atividades educativas	

Sala de Psicologia (Descrição):

Sala do Atendimento Jurídico (Descrição):

Sala da Odontologia (Descrição):

Sala de Injeções/Tratamentos (Descrição):

Sala de Curativos (Descrição):

Sala de Imunização (Descrição):

Sala para Aplicação do BCG (Descrição):

- Horário e Dias de Vacinação:
- Arquivo:

Atendimentos:

Programas em Funcionamento:

Recursos Humanos:

Impressos Utilizados:

Registros Gerais (não padronizados):

Registros de Enfermagem:

Vigilância Epidemiológica:

Demanda Reprimida:

Formas de Participação da Comunidade Organizada nas Atividades do C.S.

	Nº	Horário de Trabalho
Dentistas		
Médicos		
Enfermeiros		
Técnicos		
Auxiliares		
Assistentes Sociais		
Serventes		
Estagiários		
Outros		

ANEXO 10

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ALUNO PARA PREENCHIMENTO DO
FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

Rio de Janeiro, 10 de julho de 1995

Ao: Responsável pelo Centro de Saúde
Juiz de Fora, Minas Gerais

Prezado Senhor(a),

Temos a satisfação de apresentar-lhe o aluno do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Márcio Almeida Santos, que esta colaborando com a pesquisa “A Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: Uma Visão do Processo de Trabalho em Centro de Saúde”.

Este trabalho tem como cenário os centros de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora e está sendo realizado com a autorização do Senhor Luíz Eugênio Delgado, Secretário de Saúde desse Município.

Para que a pesquisa possa lograr êxito, precisamos da sua colaboração no sentido de facilitar a obtenção dos dados do formulário que lhe será apresentado.

Caso o(a) senhor(a) queira, poderá obter maiores informações no ante-projeto da pesquisa, que se encontra em poder do referido aluno.

Confiantes na boa acolhida à solicitação aqui aduzida, agradecemos antecipadamente.

Angela Cristina Marques Corbishley

Doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

ANEXO 11

ATAS DAS REUNIÕES REALIZADAS COM OS ENFERMEIROS

ATA DA 1ª REUNIÃO REALIZADA NO CENTRO DE ESTUDOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA COM OS ENFERMEIROS DO “CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE.” Aos treze dias do mês de março do ano de mil, novecentos e noventa e seis, às quatorze horas, na sala 3 do Centro de Estudos da Secretaria Municipal de Juiz de Fora teve início a primeira reunião do grupo interessado em discutir o trabalho dos enfermeiros nos centros de saúde. Sem um coordenador oficial, foram iniciados os trabalhos com a explicação da enfermeira Maria sobre a minha presença ali. O grupo não fez nenhuma objeção. Em seguida apresentei superficialmente o meu trabalho, mostrando a proximidade do meu tema com o objetivo da reunião e colocando o meu projeto de pesquisa à disposição dos interessados. A seguir, deu-se a apresentação do consolidado das ações realizadas pelos enfermeiros, elaborado a partir das listas preparadas em sala de aula e fornecidas pelos enfermeiros - alunos do “Curso de Especialização Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade”, ministrado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro em convênio com a SMS/JF, constando dos seguintes itens: 1) Consulta de enfermagem: desnutridos, puericultura, hipertenso, ginecologia, pré-natal, adolescente, demanda espontânea, climatério, 2) Imunização: Aplicação de vacinas; aprazamento, registros controle de temperatura de geladeira; requisição de vacinas; controle de estoques; preparo de sala de vacinas ; elaboração de consolidado mensal de vacinas; controle de rede de frio; busca ativa de faltosos, avaliação de cartão de vacinas; planejamento, programação. coordenação , execução e avaliação de campanhas de vacinação, 3) Curativos e retirada de pontos, 4) Aplicação de injeções, 5) Colheita de material para exames laboratoriais (sangue, escarro, secreção vaginal e de mama.), 6) Aferição de pressão arterial e de peso corporal, 7) Nebulização, 8) Triagem, 9) Orientação de usuários, 10) Dispensação de medicamentos, 11) Marcação de consultas por telefone na Central de marcação de consultas -CMC e para a própria unidade, 12) Solicitação de exames laboratoriais de rotina e específicos, 13) Marcação de exames, 14) Pedido de material, 15) Elaboração de Boletim de produção ambulatorial BPA e Boletim mensal de imunizações, 16)

Notificação semanal de doenças de notificação compulsória, 17) Controle semanal e mensal de medicamentos, 18) Busca de materiais diversos: receituário azul, contraceptivos, folha de ponto, formulários, etc., 19) Abertura de folha de ponto, 20) Gerência de unidade de saúde, 21) Lotação de pessoal, 22) Controle de ponto de pessoal, 23) Confecção de cronograma de atendimento médico, 24) Controle e manutenção em geral, de materiais, equipamentos, via de acesso a unidade (zona rural), 25) Registro diário de ocorrências e atividades de enfermagem, 26) Diagnóstico de saúde do território, 27) Elaboração de escala de férias, 28) Reuniões com a equipe multiprofissional, 29) Reuniões com a equipe de enfermagem, 30) Trabalho educativo com grupos: Hipertensos, direitos reprodutivos, pré-natal, climatério, puericultura, desnutridos, sala de espera, adolescentes, escolares, 31) Assessoria a conselhos locais e regionais de saúde, 32) Realização de assembléias populares, 33) Participação em reuniões e conselhos locais de saúde, 34) Treinamento de auxiliares de saúde e de serviços gerais, 35) Organização de arquivos de fichas e documentos, 36) Confecção de material educativo e documentos diversos, 37) Levantamento de solicitação de recursos materiais, recursos humanos, reforma e ampliação da unidade, 38) Interlocação com outras secretarias para resolução de problemas ou execução de trabalho conjunto, 39) Visitas domiciliares programadas ou de acordo com a demanda (doentes crônicos, desnutridos, nascidos vivos, etc.), 40) Planejamento, supervisão e orientação do serviço de enfermagem, 41) Atividades de pesquisa (projeto, pesquisa de campo, tabulação, divulgação, etc.), 42) Participação em reuniões de grupos ou entidades (SPM, AA, etc.), 43) Avaliação informal da assistência de enfermagem e andamento do serviço, 44) Organização, supervisão e orientação do serviço de limpeza. Foram levantadas algumas publicações que poderão ou não, de acordo com o grupo, subsidiar as discussões: XAVIER, Iara de Moraes et alii. Subsídios para a Conceituação da Assistência e Enfermagem rumo à Reforma Sanitária. Rev. Bras. Enf. Brasília, 40(2/3): 177-80, abril/maio/jun./jul./ ago./set. 1987. ANDRADE, O. B. de. A Consulta de Enfermagem em Sistema de Programas de Saúde. Enfoque Técnico Administrativo. Rev. Bras. Enf. Equipamentos e Serv. Hospitalares 1 (1): 8-12, abril de 1979. KASCHER, A. C. G. Consulta de Enfermagem - Em Busca de um Novo Enfoque. Trabalho apresentado no 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Florianópolis Santa Catarina, 1989. Em

seguida passou-se a discussão do primeiro item do consolidado, Consulta de Enfermagem, sendo destacados os seguintes aspectos: a C. E. é realizada pelo enfermeiro em todos os centros de saúde mas de forma diferenciada; a C. E. é um procedimento pago pelo SUS; existe um roteiro para a consulta de enfermagem ao desnutrido; a consulta de enfermagem demora mais tempo que a consulta médica; a C.E, às vezes, substitui a Consulta Médica; a C. E., dentro dos programas, é padronizada; no PAISMC, por exemplo, o enfermeiro pede exames de rotina e ultrassom, prescreve medicamentos padronizados (“Nistatina”, “Metronidazol”, “Hioscina”, “Sulfato Ferroso”). Surgiram questionamentos sobre treinamento e formação para este último tipo de ação. Outro ponto levantado foi o trabalho coletivo para o qual os enfermeiros foram sensibilizados a partir do “Programa de Saúde da Família” que, de modo geral, vem se opondo ao caminho trilhado pelo enfermeiro nos consultórios de pediatria (desnutridos) e de ginecologia e obstetrícia, com o atendimento individual especializado. Houve um consenso de que o momento oportunizado pelo “Programa de Saúde da Família é de definição do papel do enfermeiro, já que as atividades da equipe, no referido programa, estão fechadas no C.S.. Os profissionais ainda não estão conseguindo deixar o C. S. para ir até a comunidade. Sendo atingido o horário previsto para o término da reunião, 17 horas, sustou-se a continuação do debate e marcou-se para dia 27/03/96, às 8h30min., a próxima reunião com os enfermeiros que puderem participar.

Esta ata será lida e discutida na reunião do dia 10/04/96.

Estavam presentes 17 enfermeiros dos 19 que participam do curso, a auxiliar de pesquisa e a pesquisadora.

Não foi possível gravar ou filmar esta reunião.

ATA DA 2ª REUNIÃO REALIZADA NO CENTRO DE ESTUDOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA COM OS ENFERMEIROS DO “CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE.” Aos vinte sete dias do mês de março do ano de mil, novecentos e noventa e seis, às nove horas, na sala 1 do Centro de Estudos da Secretaria Municipal de Juiz de Fora teve início a segunda reunião do grupo interessado em discutir o trabalho dos enfermeiros nos centros de saúde. Foram iniciados os trabalhos com a discussão do segundo item do consolidado, Imunizações, sendo destacados os seguintes aspectos: a Imunização é realizada pelo enfermeiro e auxiliares de enfermagem em todos os centros de saúde. O enfermeiro faz aplicação de vacinas; aprazamento, registros, controle de Tº da geladeira; requisição de vacinas; controle de estoque; preparo de sala de vacinas ; elaboração de consolidado mensal de vacinas; controle de rede de frio; avaliação de cartão de vacinas; planejamento, programação, coordenação , execução e avaliação de campanhas de vacinação. São poucos os que fazem busca ativa de faltosos. A busca, no entanto, é feita através de visita domiciliar, através da Igreja, na missa de domingo e fixação da lista dos faltosos na porta ou no mural do C. S., por um número reduzido de enfermeiros. Os auxiliares de enfermagem apenas não fazem: requisição de vacinas, elaboração de consolidado mensal, planejamento, programação, coordenação , execução e avaliação de campanhas de vacinação. Com relação à orientação das mães sobre as vacinas, chegou-se a conclusão que quando a vacina é feita pelo auxiliar, esta, na maioria das vezes, deixa a desejar. Discutiu-se ainda a questão da Educação para Saúde ressaltando-se os seguintes aspectos: nem todos os enfermeiros fazem Educação para Saúde, mesmo no trabalho com grupos; alguns apenas fazem ao nível individual; há dúvidas quanto a condição do auxiliar para fazer trabalhos amplos de Educação para Saúde. Existem casos isolados de auxiliares que demonstram interesse em participar, por exemplo, de sala de espera. Sendo atingido o horário previsto para o término da reunião, 11 horas, sustou-se a continuação do debate e marcou-se para dia 11/04/96, às 14 horas, a próxima reunião com os enfermeiros que puderem participar.(Essa reunião foi gravada, mas a gravação não ficou boa. Esta ata será lida e discutida na reunião do dia 10/ 04/96. Estavam presentes 7 enfermeiros, dos 19 que participam do Curso, mais a pesquisadora)

ANEXO 12
CARACTERIZAÇÃO PARCIAL DOS CENTROS DE SAÚDE
DE JUIZ DE FORA

CARACTERIZAÇÃO PARCIAL DOS CENTROS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA	U.S. DR* AURORA M. PAULA	C.S. DOM BOSCO	U.S. ESPLANADA	C.S. BORBOLETA	U.S. BAMBA de FOGO	Nº SR* das GRAÇAS	C.S. STª CECÍLIA
Coordenação responsável pela criação	D ATM	Prefeitura	Prefeitura	Doação Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura
Ano de Funcionamento	E 1992	1982	1982	1987	1983	1988	1982
Bairros que Atende	S 4	3	4	6	3	6	2
Cobertura da Região	A Não Citou	10000	Não Sabe	Não Citou	Não Citou	Não Sabe	10522
Horário de Funcionamento	T M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/N/T	M/T
Atendimento à Espera	I Sim	Não Há	Não Há	Sim	Não Há	Sim	Não Há
Atendimento à Recepção	V Sim	Sim	Sim	Sim	Não Citou	Sim	Sim
Atendimento às Reuniões	A Não Há	Sim	Sim	Não Citou	Não Há	Sim	Sim
Atendimento à Enfermagem	D Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Não Há	Sim	Não Há
Atendimento Pré-Consulta	A Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento à Esterilização	Não Há	Sim	Não Há	Sim	Não Há	Sim	Não Há
Atendimento às Injeções/Itº	Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento Curativos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Atendimento às Imunizações	Não Há***	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Atendimento para BCG	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento de Odontologia	1	1	1	1	1	1	1
Atendimento de Serviço Social	Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Sim	Sim*	Não Há
Atendimento de Psicologia	Não Há	Sim	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento Jurídico	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento de Fisioterapia	Não Há	Sim	Sim	Não Há	Sim	Sim	Sim
Atendimento Tarifado	Não Há	Sim	Não Há	Não Citou	Sim	Sim	Sim
Atendimento de Farmacêuticos	1	2	2	2	2	4	2
Atendimento de Dentistas	1	3	Não Há	2	2	2	2
Atendimento de Técnicos de Higiene Dental	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento de Médicos	2	5	4	3	2	6	3
Atendimento de Consultórios Médicos	1	3	2	2	2	5	2
Atendimento de Assistentes Sociais	Não Há	1	1	1	1	1	1
Atendimento de Enfermeiros	1	1	1	1	1	1	1
Atendimento de Técnicos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	1	Não Há	Não Há
Atendimento de Auxiliares de Enfermagem	1	1	1	1	Não Há	3+1 atend.	1
Atendimento de Auxiliares Administrativos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento de Auxiliares Serviços Gerais	1	1	1	1	1	1	1
Atendimento de Psicólogos	Não Há	1	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Atendimento de Estagiários	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Varia	2**
Atendimento de Unidade Reprimida	Sim	Sim	18/dia	Não Há	Sim NHR	Grande NHR	Pequena NHR
Atendimento de Unidades em Funcionamento	Não Há	3	2	3	2	4	2
Atendimento de Unidade de Saúde Epidemiológica	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Não Há	Não Há
Atendimento de Unidade de Saúde da Comunidade	Não Citou	Não Citou	Não Citou	Não Citou	Não Citou	Sim	Não Citou

Atendimento com Enfermagem ** 1 Estagiário do Direito e 1 do Serviço Social

Atendimento Associação dos Trabalhadores Municipais

Atendimento Manhã T - Tarde NHR - Não Há Registro

Atendimento Não Descreveu

N - Noite

*** Só é feita imunização quando há campanha

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA	C.S. DO MARUMBI	U.S. DO JÓQUEI CLUBE I	U.S. SÃO JUDAS	U.S. JÓQUEI CLUBE II (DOM PEDRO I)	C.S. IPIRANGA	C.S. ST⁴ EFIGÊNIA	C.S. GRAJAÚ
Instituição responsável pela Construção	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura e UFJF	Prefeitura	Prefeitura
Ano Início de Funcionamento	1982	1965	1983	1992	1984	1982	1982
Nº de Bairros que Atende	4	5	2	1	8	5	3
População da Região	7984	7290	5542	8981	12344	8171	9370
Turnos de Funcionamento	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T/N	M/T	7-19 hrs
Sala de Espera	Não Há	Sim	Sim	Sim	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Recepção	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há	Não Há
Sala de Reuniões	Sim	Sim	Sim	Não Há	Sim	Sim	Sim
Sala de Enfermagem	Não Há	Sim	Não Há	Sim	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Pré-Consulta	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Esterilização	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Injeções/ttº	Sim	Não Há	Não Citou	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Curativos	Sim	Sim	Não Citou	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Imunizações	Sim	Sim	Não Citou	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala para BCG	Não Há	Não Há	Não Citou	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Odontologia	1	1	Não Citou	1	1	1	1
Sala de Serviço Social	Sim*	Sim	Não Há	Não Há	Sim	Sim	Não Há
Sala de Psicologia	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Atendimento Jurídico	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Farmácia	Não Citou	ND	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há
Almoxarifado	Não Citou	ND	Não Citou	Sim	Sim	ND	Sim
Banheiros	2	2	2	2	2	2	2
Nº de Dentistas	2	1	Não Há	1	1	2	2
Nº de Técnicos de Higiene Dental	Não Há	Não Há	Não Há	Hão Há	Não Há	1	Não Há
Nº de Médicos	3	3	3	2	5	4	4
Nº de Consultórios Médicos	2	2	2	2	4	3	2
Nº de Assistentes Sociais	1	Não Há	1	Não Há	Não Há	1	1
Nº de Enfermeiros	1	1	1	1	1	1	1
Nº de Técnicos	Não Há	Não Há	Não Há	1	Não Há	Não Há	2
Nº de Auxiliares de Enfermagem	2	2	1	1	4	2	1
Nº de Auxiliares Administrativos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Nº de Auxiliares Serviços Gerais	1	1	1	1	2	1	2
Nº de Psicólogos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Nº de Estagiários	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	1	Varia
Demanda Reprimida	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR	7/dia	Grande NHR
Programas em Funcionamento	4	2	6	5	2	3	3
Vigilância Epidemiológica	Sim	Sim	Não Há	Sim	Não Há	Não Há	Não Há
Participação da Comunidade	Não Citou	Não Citou	Não Há	ND	Não Há	ND	Sim

* Junto com Enfermagem

** 1 Estagiário do Direito e 1 do Serviço Social

*** Só é feita imunização quando há campanha

ATM - Associação dos Trabalhadores Municipais

M - Manhã

T - Tarde

N - Noite

ND - Não Descreveu NHR - Não Há Registro

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE UZ DE FORA	C.S. SÃO SEBASTIÃO	C.S. de SANTOS DUMONT	C.S. de LINHARES	C.S. do BAIRRO INDUSTRIAL	C.S. de BARREIR A do TRIUNFO	C.S. de JARDIM ESPERANÇA	C.S. de SÃO BENEDITO
Responsável pela	S.P.M.	Prefeitura	Prefeitura e UFJF	Prefeitura	Prefeitura	Não Sabe	Prefeitura
ção							
o de Funcionamento	NHR	1989	1984	NHR	1980	1982	1973
iros que Atende	5	9	7	2	6	2	5
o da Região	9998	Não Sabe	9615	+3000	1892	4021	8926
e Funcionamento	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T
espera	Não Há	Não	Sim	Sim	Não Há	Sim	Não Há
cepção	Não Há	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há
uniões	Sim	Não	Não Há	Sim	Sim	Sim	Sim
nfarmagem	Sim	Não	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
ré-Consulta	Não Há	Não	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
sterilização	Não Há	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
njeções/ttº	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
urativos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
munizações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
BCG	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
odontologia	1	1	1	1	1	1	1
erviço Social	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há	Sim
sicologia	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Não Há	Não Há
Atendimento Jurídico	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
ifado	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há	Não Há	Sim
is	2	2	2	2	2	2	2
ntistas	2	1	1	1	1	1	1
enicos de Higiene Dental	Não Há	Não Há	Não Há	Hão Há	Não Há	Não Há	Não Há
édicos	2	3	6	2	2	3	4
onsultórios Médicos	1	3	4	1	2	2	3
sistentes Sociais	1	1	1	1	Não Há	1	1
ferneiros	1	1	1	1	Não Há	1	1
enicos	Não Há	Não Há	1	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
axiliares de Enfermagem	2	2	2	1	Não Há	2	2
axiliares Administrativos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
axiliares Serviços Gerais	1	1	1	1	1	1	1
icólogos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
tagiários	2	Não Há	7	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
a Reprimida	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR	Sim NHR
as em Funcionamento	2	2	2	3	1	3	3
ia Epidemiológica	Não Há	Sim	Sim	Sim	Não Há	Não Há	Sim
ção da Comunidade	Pouca	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há	Não Há

com Enfermagem ** 1 Estagiário do Direito e 1 do Serviço Social
Associação dos Trabalhadores Municipais
anhã T - Tarde
Não Descreveu NHR - Não Há Registro

N - Noite

*** Só é feita imunização quando há campanha

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA	C.S. PARQUE GUARANI	C.S. GRAMA	C.S. SANTO ANTÔNIO	C.S. SANTA CRUZ	C.S. OLAVO COSTA_CMU	C.S. PROGRESSO	C.S. FURTADO DE MENEZES
Instituição responsável pela Construção	Prefeitura	Prefeitura e UFJF	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura e UFJF
Ano Início de Funcionamento	1990	1980	1982	1992	1982	1982	+30 anos
Nº de Bairros que Atende	2	10	4	3	3	7	3
População da Região	Não Citou	15000	6803	8089	8179	Não Sabe	6073
Turnos de Funcionamento	M/T	M/T/N	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T
Sala de Espera	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Sim
Sala de Recepção	Sim	Não Há	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Reuniões	Sim	Não Citou	Sim	Não Há	Sim	Sim	Sim
Sala de Enfermagem	Não Há	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Pré-Consulta	Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Esterilização	Não Há	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Injeções/ttº	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Curativos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala de Imunizações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sala para BCG	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Odontologia	1	1	1	2	Não Há	1	1
Sala de Serviço Social	Sim	Não Há	Sim	Sim	Sim	Não Há	Sim
Sala de Psicologia	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Sala de Atendimento Jurídico	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há	Sim
Almoxarifado	Não Há	Não Há	Não Há	Sim	Sim	Sim	Não Há
Banheiros	2	2	2	4	2	2	6
Nº de Dentistas	1	2	2	1	Não Há	2	2
Nº de Técnicos de Higiene Dental	Não Há	Não Há	Não Há	Hão Há	Não Há	Não Há	Não Há
Nº de Médicos	3	4	5	4	2	5	7
Nº de Consultórios Médicos	2	2	3	4	2	2	8
Nº de Assistentes Sociais	1	1	1	Não Há	1	1	1
Nº de Enfermeiros	1	1	1	1	1	1	1
Nº de Técnicos	Não Há	1	2	Não Há	2	Não Há	Não Há
Nº de Auxiliares de Enfermagem	1	2	Não Há	2	Não Há	2	3
Nº de Auxiliares Administrativos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Nº de Auxiliares Serviços Gerais	1	1	1	2	1	1	1
Nº de Psicólogos	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há
Nº de Estagiários	Não Há	2	Não Há	Não Há	1	Não Há	6
Demanda Reprimida	Pouca	Pouca	Pouca	Sim NHR	Não Há	Sim	10/dia
Programas em Funcionamento	1	4	Não Há	3	4	3	4
Vigilância Epidemiológica	Não Há	Não Há	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Participação da Comunidade	Cobrança	Sim	Sim	Sim	Não Há	Não Há	Grande

* Junto com Enfermagem ** 1 Estagiário do Direito e 1 do Serviço Social
 ATM - Associação dos Trabalhadores Municipais
 M - Manhã T - Tarde N - Noite
 ND - Não Descreveu NHR - Não Há Registro

*** Só é feita imunização quando há campanha

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA	C.S. JARDIM DA LUA	C.S. RETIRO	C.S. MILHO BRANCO	C.S. SÃO PEDRO	U.S. JARDIM NATAL	C.S. SANTA RITA	C.S. BENFICA Não considerado na contagem dos 33
Instituição responsável pela Construção	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura	Comunidade	Prefeitura	Prefeitura	Prefeitura
Ano Início de Funcionamento	1995	1982	1990	+20 anos	1982		
Nº de Bairros que Atende	3	5	2	25	4	F	J
População da Região	3043	4883	3735	75000	4026	E	U
Turmas de Funcionamento	M/T	M/T	M/T	M/T/N	M/T	C	N
Sala de Espera	Junto c/ recepção	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	H	T
Sala de Recepção	Junto c/ sala de espera	Não Há	Sim	Sim	Sim	A	O
Sala de Reuniões	Junto sala espera	Sim	Sim	Sim	Sim	D	
Sala de Enfermagem	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	O	C
Sala de Pré-Consulta	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há		O
Sala de Esterilização	Junto c/ imun.	Sim	Sim	Sim	Sim		M
Sala de Injeções/Itº	Junto c/ imun.	Sim	Sim	Sim	Não Há		
Sala de Curativos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		P
Sala de Imunizações	Sim c/ nebulização	Sim	Sim	Sim	Não Há		O
Sala para BCG	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há		L
Sala de Odontologia	Não Há	1	1	1	1		I
Sala de Serviço Social	Não Há	Sim	Sim	Sim	Sim		C
Sala de Psicologia	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há		L
Sala de Atendimento Jurídico	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há		J
Farmácia	Junto c/sala funcionários	Sim	Sim	Sim	Sim		N
Almoxarifado	Sim	Não Há	Não Há	Sim	Não Há		I
Banheiros	3	2	2	3	2		C
Nº de Dentistas	0	1	1	1	1		A
Nº de Técnicos de Higiene Dental	0	Não Há	Não Há	Hão Há	Não Há		
Nº de Médicos	2 PED-PSF	3	2	7	2		
Nº de Consultórios Médicos	2	2	1	8	1		
Nº de Assistentes Sociais	1	1	1	1	1		
Nº de Enfermeiros	1	1	1	1	1		
Nº de Técnicos	2	1	Não Há	3	1		
Nº de Auxiliares de Enfermagem	Não há	1	1	Não Há	Não Há		
Nº de Auxiliares Administrativos	Não há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há		
Nº de Auxiliares Serviços Gerais	Não há	1	1	2	1		
Nº de Psicólogos	Não há	Não Há	Não Há	Não Há	Não Há		
Nº de Estagiários	3****	Não Há	Não Há	8-10	Não Há		
Demanda Reprimida	Não	Sim	Sim	Sim NHR	Sim		
Programas em Funcionamento	3	2	3	1	2		
Vigilância Epidemiológica	Sim	Sim	Sim	Sim	Não Há		
Participação da Comunidade	Sim-CL	Sim	Sim	Sim	Não Há		

* Junto com Enfermagem

** 1 Estagiário do Direito e 1 do Serviço Social

*** Só é feita imunização quando há campanha

ATM - Associação dos Trabalhadores Municipais **** 2 Estagiários da Medicina e 1 do Serviço Social

M - Manhã

T - Tarde

N - Noite

ND - Não Descreveu

NHR - Não Há Registro

FP - Funcionando precariamente em outro local

ANEXO 13
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (TESTE)

DATA: 30/08/1995

HORÁRIO DO INÍCIO: 08h 25min

HORÁRIO DO TÉRMINO: 11h 30min

Fui recebida cordialmente na Unidade de Saúde pela técnica de enfermagem, que já tinha sido avisada pela enfermeira do meu trabalho. Fiz os esclarecimentos necessários e coloquei-me à disposição para ajudá-la. Esclareci também a auxiliar administrativa, a auxiliar de enfermagem e a assistente social sobre a minha presença ali.

Ofereci meu projeto para a leitura e a assistente social ficou de lê-lo, em outra oportunidade.

Expliquei ainda, que era uma “observação teste” e que não sabia se voltaria ao C.S. para esse tipo de atividade.

Quando cheguei, a assistente social estava na sala de reuniões do posto com a professora e três alunos da Escola de Enfermagem, que cursam o 7º período. Mais tarde, ela saiu e veio me cumprimentar, sendo seguida pela professora.

O C.S. está sendo utilizado como campo de estágio pelos referidos alunos, e, como a enfermeira está freqüentando o Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, é a assistente social quem a substitui na tarefa de orientar sobre as atividades do posto. Estes alunos irão desenvolver visita domiciliária e é ela que as seleciona a partir do programa de desnutridos.

Ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem:

- “Controle” do arquivo: Está sendo mudado. As pastas de família estão recebendo novo número para atender o programa SIGAB (Sistema de Gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde) - que registra todo tipo de atendimento do C.S. através do um código padronizado (CID - Código Internacional de Doenças). É utilizado, como já disse, não só para doenças, mas também, para atendimentos. O registro de atendimentos também recebe um número.
- Entrega de medicamentos: O registro da atividade demanda muito tempo. A técnica reclama da burocracia, dizendo ser “muito papel para preencher”. O computador não é utilizado para esta finalidade.
- Encaminhamentos: Foram feitos vários encaminhamentos para uma farmácia conveniada da rede, localizada no centro de cidade (estavam faltando alguns medicamentos).
- Aplicação de injeção: A técnica de enfermagem levou a cliente para a sala e pediu que ela aguardasse. Depois de mais ou menos 20 minutos voltou e informou que não havia bezetacil na farmácia. Forneceu uma seringa à cliente que iria procurar a farmácia do Bairro.
- Controle de Pressão Arterial: Chegou ao posto um cliente do grupo de hipertensos para aferir a pressão. Foi orientado para aguardar 10 minutos na sala de espera, devido ao esforço da caminhada.

- Colheita de material: A técnica acabou de fazer a colheita de sangue e arrumou o material em um isopor, para o carteiro entregar no laboratório de referência da rede. Vi o carteiro receber o material.
- Nebulização: É a auxiliar de enfermagem quem faz. Em um atendimento que pude observar, a máscara foi entregue à criança, que foi colocada na cadeira e deixada lá. Nenhuma explicação foi dada. Mal se falou com a criança ou com a sua acompanhante.
- Marcação de consultas: É feita pela auxiliar administrativa, pela auxiliar de enfermagem e pela técnica, via balcão ou telefone. Observei que o telefone foi retirado do gancho na hora de maior movimento para a marcação de consultas no posto .

— Confecção do material educativo: é feito pela enfermeira junto com a assistente social.

Ações desenvolvidas pela auxiliar administrativa:

- Manuseio do computador: É feito pela auxiliar administrativa. O programa é bem simples, mas algumas fichas, segundo ela, estão com defeito e são automaticamente recusadas pelo computador, tendo o serviço que ser refeito. Há um acúmulo de fichas, que não foram registradas devido às férias da agente administrativa. Durante este período, o computador ficou parado. Muitas fichas vêm do consultório médico incompletas e são rejeitadas, atrasando o trabalho. Com objetivo de agilizar o serviço, vi a auxiliar lançando mão de dados hipotéticos. Ela me disse que faz isso algumas vezes.

Atividades com a comunidade:

Planejamento de palestra

Essa atividade estava ocorrendo em função da visita domiciliária realizada pelos acadêmicos de enfermagem, que detectaram uma quantidade grande de ratos, em uma determinada região (área de invasão) perto do Posto. A proposta de solução para o problema partiu da equipe.

A assistente social preparou o material para divulgação da palestra, que será realizada dia 04/09, às 19:00 horas. Apresentou-me um envelope com muitas informações sobre doenças transmitidas pelos ratos (leptospirose, peste, micoses) e sobre o veneno para a desratização, que foram enviadas à unidade pelo veterinário da S.M.S. A palestra, o preparo do local e o planejamento em geral, foram elaborados pela assistente social e pela enfermeira. Tudo foi feito através do C.S., inclusive a datilografia e a reprodução do material no mimeógrafo. Além disso, ainda conseguiram um carro de som, na Prefeitura, para a execução da atividade.

Por volta de 10 horas chegou a assistente social de um outro posto, que fica na mesma região. Ela veio para ajudar na divulgação da palestra. Estavam de volta às 11:20 min para preparar (mimeografar) panfletos, que seriam posteriormente distribuídos à população com a ajuda do Conselho Local de Saúde.

Outras observações:

- O dentista chegou ao posto depois de 9h 30min, atendeu apenas uma cliente e foi embora.

- Com relação aos médicos, apenas a pediatra estava no Posto. A médica clínica não compareceu (era seu aniversário).
- Segundo a assistente social são 15 os funcionários do posto. Fui apresentada apenas a enfermeira, a assistente social, uma auxiliar, uma técnica (contratada como auxiliar), a auxiliar administrativa, uma pediatra e o dentista, praticamente, metade dos membros da equipe.

Comentários:

O pessoal da enfermagem trabalha o tempo todo em função das atividades demandadas internamente pelo C.S. O cliente fica prejudicado em função da falta de tempo para mais atenção.

A técnica de enfermagem, dentre as pessoas observadas no C.S., foi a que mostrou maior domínio sobre o funcionamento do C.S. como um todo. Há que se registrar a ausência da enfermeira e da assistente social, sendo que esta última, mesmo no Posto, permaneceu fechada na sala de reuniões com as acadêmicas de enfermagem.

Parece haver um bom relacionamento entre as três funcionárias do posto (técnica, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativa), elas se ajudam, há sempre uma recorrendo a outra. Parece haver também, um bom relacionamento entre a equipe como um todo.

Como foi minha primeira observação, ela não foi participante. Não cheguei nem mesmo a discutir a minha participação. Precisei reconhecer primeiro “a área”, saber onde estavam os impressos, as seringas, as vacinas, os resultados de exames, etc. A minha única “atividade participante” foi a entrega de um resultado de exame. Procurei me entrosar com as pessoas com quem tive contato, o que não foi difícil. Penso ainda que, participando das tarefas, minha atuação ficará mais fácil. Fiz discretas anotações, que foram ampliadas em casa, após cerca de 8 horas.

Acho o C.S. riquíssimo em informações para meu estudo. Merece destaque, a atividade que está sendo organizada na comunidade com o objetivo de resolver “o problema dos ratos”. A demanda não foi da comunidade e sim dos profissionais (no caso, dos acadêmicos de enfermagem). Fica a dúvida: quantos pessoas comparecerão à reunião? Qual decisão será tomada: usar ou não usar o veneno? (ler Vincent Valla - participação).

Não foi possível observar a relação da equipe de enfermagem com os médicos. Só foi possível constatar, que as atividades desses profissionais dependem de uma atividade anterior (retirada de fichas), que é executada pela equipe de enfermagem ou pela agente administrativa, afim de lhes facilitar o serviço.

Avaliação:

Instrumentos/Meios:

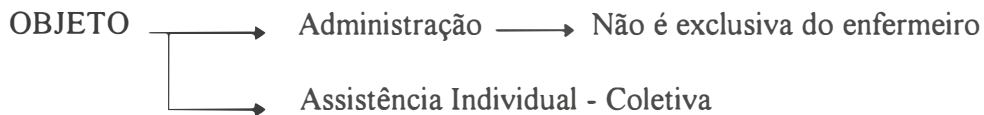
- Planejamento.
- Registros.
- Material permanente e de consumo para as atividades (seringas, isopor, geladeira, lápis, papel).
- Carro som.

- Informações sobre ratos e veneno de ratos, fornecidas pelo veterinário.

Etapas - Momentos do Processo de Trabalho:

- Aplicação de injeções.
- Preenchimento de fichas para o SIGAB (burocracia?).
- Entrega de medicamentos.
- Atividades de educação para saúde (essas atividades possuem um caráter mais coletivo que as outras).
- Visita domiciliária.
- Orientação de estagiários.
- Há um trabalho coletivo interno ao C.S.
- Há uma aproximação grande entre o trabalho da assistente social e do enfermeiro e um distanciamento destes com os outros profissionais de nível superior. Parece existir mais sensibilidade destes dois profissionais para o coletivo.
- É necessário estudar os registros.
- Só tem um enfermeiro no C.S., o que me parece insuficiente.

Objetos do Processo de Trabalho



ANEXO 14
RELATÓRIO DA ENTREVISTA APÓS EXECUÇÃO
CÓDIGO DO ENTREVISTADO: “ENF-1”

- **COMPORTAMENTO DO ENTREVISTADO:** A entrevistada leu o roteiro e declarou não ter dúvidas em relação à entrevista. Calma, bastante atenta na maioria do tempo, se expressou bem. Fez muitas articulações. Fez comentários positivos acerca da reflexão provocada pela entrevista.

OBS: A entrevista foi realizada em dois momentos por necessidade da entrevistada. O primeiro momento, no dia 25/8, com aproximadamente 45min de duração e o segundo, dia 29/8, com mais ou menos quatro horas, entre ouvir a primeira parte, realizar a segunda e discutir a entrevista (por necessidade da entrevistada).⁷

- **CLIMA:** No geral, tranqüilo.

Na primeira parte: 25/08/1995.

No final da entrevista mostrou-se ansiosa com o horário.

Na segunda parte: 29/08/1995.

Chegou atrasada, marcou às 21:00 horas e a entrevista só começou às 23:00 horas, depois de termos escutado a primeira parte, realizada no dia 25/08/1995. Apesar da minha intenção em mudar a data, pelo adiantado da hora, ela não aceitou, dizendo estar bem e disposta a continuar.

Havia cansaço, no final, da entrevistada e entrevistadora. Apesar disso, considero que o prejuízo não foi muito grande.

- **AValiação:** Muita boa. A entrevista é muita rica em informações e detalhes, que serão importantes para o estudo.

Informações que merecem destaque:

- Consulta de Enfermagem: não há planejamento; não é feita de forma sistematizada e sim em função da pequena demanda; há agendamento de poucos casos, com potencial para crescimento. Há demanda específica para enfermeiros, geralmente mulheres com queixas do tipo “dificuldade de aprendizado do filho”, “sexualidade” (seria para a psicóloga?) e C. E. com desnutridos do programa e com mães de crianças que vão ao C.S. para a B. C.G.
- Sala de Espera: É um momento coletivo onde se discute sobre “questões do momento” (ex.: campanha de vacinação). OBS: não esquecer da especificidade: grupo oscilante, duração mínima, etc. Os auxiliares (2 técnicos e 1 auxiliar de enfermagem) são estimulados para esta atividade.

- Treinamento das auxiliares de enfermagem: O treinamento sempre foi realizado de forma “atropelada”, sem planejamento. Hoje há uma tentativa mínima de organizá-lo. Está sendo feito pela enfermeira e pela assistente social. Teve início com a Lei do Exercício Profissional, usando-se a metodologia da problematização. Naquele momento, estavam discutindo o S.U.S.
- Trabalho burocrático: Ainda é feito pela equipe de enfermagem. Esta atividade está sendo assumida gradativamente pela agente administrativa.
- Assessoria aos Conselhos: É feita pela enfermeira e assistente social aos Conselhos dos bairros Grajaú, St^a Rita, Nossa Senhora Aparecida e ao Conselho da Região 3. O trabalho foi ampliado a partir da intenção de desenvolver nas pessoas o interesse em defender os seus direitos. Não considero um trabalho específico do enfermeiro. Os profissionais (enfermeiro e assistente social) alimentaram a dependência que os Conselhos têm deles. Não há envolvimento dos outros profissionais
- Educação para saúde via conselhos: O conselheiro é visto como sendo um grande agente de saúde, um “ator importantíssimo nessa estória de saúde e prevenção das doenças”, e por isso, preparado para discutir saúde com a população. Exemplo: Em um bairro, recentemente, discutiu-se AIDS, sendo que cada conselheiro ficou responsável por uma parte da doença; em outro bairro, discutiu-se hipertensão e em outro foi montada uma peça de teatro para discutir drogas.
- Educação para saúde nas escolas: É uma atividade da enfermeira e da assistente social. Faz referência ao planejamento recente que foi elaborado juntamente com os alunos do 7º período do curso de Enfermagem da UFJF (falta profissional).
- Trabalho com grupos: É o trabalho mais coletivo dos profissionais do Centro de Saúde. Exemplo: Participam do trabalho com grupo de desnutridos: a enfermeira, a assistente social, os pediatras e os acadêmicos de enfermagem.
- Atividades com os acadêmicos de enfermagem: Atividades de suporte. Fazem o que a enfermeira não dá conta de fazer. Exemplo: Trabalho com mulheres sobre preparação para o parto e planejamento familiar. É feito com acadêmicos em estágio curricular e extracurricular (voluntários - atividade esporádica).
- Vigilância epidemiológica: O enfermeiro não se sente responsável pela vigilância epidemiológica e diz que o mesmo acontece com todos os enfermeiros das demais unidades básicas de saúde, já que esta atividade se encontra centralizada na S.M.S. Refere tentar de alguma forma envolver-se na mesma.
- Imunizações/injeções/nebulizações/curativos: Enfermeira faz pouco por ser atribuição do auxiliar de enfermagem. Faz consulta de enfermagem, quando há demanda, em função dessas atividades.- Organização dos serviços de enfermagem no Centro de Saúde. Refere à necessidade de três enfermeiros: uma para atendimento

individual, outra para atendimento da população em campo (educação para saúde, visita domiciliar) e a última para atendimento aos grupos específicos (grupos com início, meio, fim).

- Trabalho coletivo com a população: A atividade de planejamento é fundamental (como, quando e o que falar).
- É grande o número de atividades desenvolvidas pela enfermeira, técnico e auxiliar.
- C.E. é toda tarefa de orientação individual.
- Falta de clareza sobre o papel do enfermeiro.
- Trabalho do enfermeiro - aproximação ou distanciamento do trabalho do assistente social.
- Dentista - profissional mais distante da equipe.
- Médico - saúde pública é bico.
- C.L.S. - foi imposto pela lei.
- Controle pela população é feito à medida da necessidade dos serviços.
- Trabalho em Saúde Coletiva requer noções de epidemiologia, planejamento, educação para saúde (licenciatura, no mínimo).
- Enfermeiro é um educador por excelência (tem competência).
- Gerência do Centro de Saúde → coletivização teórica dos problemas
- Consulta médica → ocupa o resto da equipe.
- Prática de enfermagem é desorganizada.
- Centro de Saúde é desorganizado, os serviços são desorganizados.

Instrumentos/Meios:

- Planejamento.
- Reuniões com a equipe de saúde.
- Para desempenhar atividades de Saúde Coletiva = noções de epidemiologia, planejamento e educação para saúde.

Etapas - Momentos do Processo de Trabalho:

- C.E.
- Sala de espera → Educação para saúde.
- Educação para saúde via C.L.S.
- Educação para saúde - escolas.
- Trabalho com grupos - Programas.
- Treinamento da equipe de enfermagem.
- Trabalho burocrático.
- Assessoria ao C.L.S./C.R.S.

- Atividades com os acadêmicos de enfermagem.
- Vigilância epidemiológica.
- Imunizações/injeções/nubulizações/curativos.
- Organização dos serviços.
- Trabalho com a população de modo geral.

Objetos do Processo de Trabalho:

- Administração da assistência de enfermagem
- Administração do C.S.= gerência
- Assistência individual/coletiva.

• **COMENTÁRIOS:**

- Há indícios de sensibilização para com o coletivo.
- A palavra “coletivo” é usada para designar várias coisas: ação coletiva dos profissionais, ação no coletivo (comunidade), momento coletivo(muitas pessoas juntas), coletivização da responsabilidade.
- Há atividades que são consideradas mais coletivas que outras.
- Todas as atividades tem um “pé no coletivo”.
- O trabalho coletivo demanda mais recursos humanos.
- O trabalho da enfermeira é apoiado no trabalho da assistente social e vice-versa.
- Há apenas um momento coletivo entre o trabalho de médico, assistente social e enfermeira: o grupo de desnutridos.
- O serviço é desorganizado. Está estruturado desta forma.
- Há confusão sobre o que é o trabalho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem no C.S.
- Raramente a enfermeira faz curativos ou nebulizações.
- A prática da enfermagem também é desorganizada. Está estruturada desta forma
- A idéia de participação popular vai além da reivindicação dos direitos. É o reconhecimento da necessidade da melhoria das condições de vida que pode ser feita a partir dos moradores do bairro conhecendo um pouco mais sobre a questão saúde (conselheiros → deveriam reproduzir o trabalho do técnico?).
- Vigilância Epidemiológica centralizada na S.M.S. dificulta o envolvimento do profissional enfermeiro nas atividades.
- O conjunto de práticas da unidade básica não é constante.
- A formação do enfermeiro, embora deficiente em alguns conteúdos, é privilegiada por proporcionar competência para o trabalho em Saúde Coletiva (inclusive com os C.L.S.).

ANEXO 15
ANÁLISE DOCUMENTAL (TESTE)

DOCUMENTO: Tese da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Modelo assistencial proposto para o SUS/JF.

DATA: 06/03/1995

FONTE: S.M.S./JF - Elaborado pelo GIM- Grupo de Inversão de Modelo Assistencial

TEOR: Mostra a necessidade de mudança do modelo assistencial dominante em Juiz de Fora e propõe um “modelo alternativo”.

ANÁLISE:

Pontos que merecem destaque:

- Existência de dois modelos em Juiz de Fora:
 1. Modelo atenção médico-curativa.
 2. Modelo base territorial, ênfase na prevenção.

- Pouca resolutividade da rede:
 - Insuficiência de pessoal de nível elementar.
 - Má distribuição dos recursos humanos.
 - Tecnologia não apropriada ao nível local.
 - Sucateamento.
 - Descoordenação entre o nível central e nível local.
 - Sistema de referência - contra referência precário.
 - Fragmentação da Vigilância Sanitária.
 - Sistema de informação pouco desenvolvido.
 - Controle e avaliação centrados unicamente na produtividade.
 - Centralização administrativa financeira dificultando a organização dos Distritos Sanitários.

Iniciativas para mudança do modelo:

- Delimitação do território.
- Treinamento dos recursos humanos (PSF).
- Padronização de medicamentos para SUS/JF.
- Reestruturação da Vigilância Epidemiológica .
- Implantação de novas políticas referentes à atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher, do trabalhador e na área de saúde mental.
- Melhorias no sistema de informação.

Relação com a enfermagem:

- A enfermagem terá que trabalhar dentro desse “novo modelo”, o que pressupõe a necessidade de conhecimento sobre as ações a serem desenvolvidas para adaptar a própria prática.

Relação com a Saúde Coletiva:

- O documento discute as mudanças necessárias à implementação da “Constituição” e das “Leis 8080 e 8142”, que tiram a saúde do nível biológico e a inserem num contexto maior, resultante das condições econômicas e sociais. O campo de conhecimento da Saúde Coletiva influencia mudanças na prática.
-

COMENTÁRIOS:

É necessário inserir trechos do documento no texto do meu projeto.

ANEXO 16

CONSOLIDADO DAS AÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DA SMS/JF, ELABORADO NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - SUBSÍDIOS DA 1ª e DA 2ª REUNIÃO REALIZADAS COM O GRUPO DE ENFERMEIROS DA SMS/JF E REUNIÃO POSTERIOR COM ENFERMEIRA REPRESENTANTE DO GRUPO

- 1) Consulta de enfermagem: desnutridos, puericultura, hipertenso, ginecologia, pré-natal, adolescente, demanda espontânea, climatério (atividade técnica);
- 2) Imunização: Aplicação de vacinas; aprazamento, registros controle de temperatura de geladeira; requisição de vacinas; controle de estoques; preparo de sala de vacinas; elaboração de consolidado mensal de vacinas; controle de rede de frio; busca ativa de faltosos avaliação de cartão de vacinas; planejamento, programação. coordenação , execução e avaliação de campanhas de vacinação (atividade técnica);
- 3) Curativos e retirada de pontos; (atividade técnica)
- 4) Aplicação de injeções; (atividade técnica)
- 5) Colheita de material para exames laboratoriais (sangue, escarro, secreção vaginal e de mama); (atividade técnica)
- 6) Aferição de pressão arterial e de peso corporal (atividade técnica);
- 7) Preparo de nebulização (atividade técnica);
- 8) Triagem (atividade técnica);
- 9) Orientação de usuários (atividade técnica);
- 10) Dispensação de medicamentos (atividade técnica);
- 11) Marcação de consultas por telefone na Central de marcação de consultas -CMC e para a própria unidade (atividade técnica);
- 12) Solicitação de exames laboratoriais de rotina e específicos (atividade técnica);
- 13) Marcação de exames (atividade técnica);
- 14) Pedido de material de uso da enfermagem (atividade técnica);
- 15) Elaboração de Boletim de produção ambulatorial - BPA e Boletim Mensal de Imunizações - BIM (atividade de gerência);
- 16) Notificação semanal de doenças de notificação compulsória (atividade de gerência);
- 17) Controle semanal e mensal de medicamentos (atividade de gerência);
- 18) Busca de materiais diversos: receituário azul, contraceptivos, folha de ponto, formulários, etc.; (atividade de administração)
- 19) Abertura de folha de ponto (atividade de administração);
- 20) Lotação de pessoal(atividade de gerência) ;
- 21) Controle de ponto de pessoal (atividade de admistração);
- 22) Confecção de cronograma de atendimento médico (atividade de gerência);
- 23) Controle e manutenção em geral, de materiais, equipamentos, via de acesso a unidade (zona rural); (atividade de gerência de administração)
- 24) Registro diário de ocorrências e atividades de enfermagem (atividade técnica) ;
- 25) Diagnóstico de saúde do território (atividade de gerência) ;
- 26) Elaboração de escala de férias (atividade de administração) ;
- 27) Reuniões com a equipe de saúde (atividade de gerência);
- 28) Reuniões com a equipe de enfermagem (atividade técnica);

- 29) Trabalho educativo com grupos: Hipertensos, direitos reprodutivos, pré-natal, climatério, puericultura, desnutridos, sala de espera, adolescentes, escolares atividade Técnica);
- 30) Assessoria a conselhos locais e regionais de saúde (atividade de gerência);
- 31) Realização de assembléias populares (atividade de gerência);
- 32) Participação em reuniões e conselhos locais de saúde (atividade de gerência);
- 33) Treinamento de auxiliares de saúde e de serviços gerais (atividade técnica);
- 34) Organização de arquivos de fichas e documentos (atividade de administração);
- 35) Confecção de material educativo e documentos diversos (atividade de gerência);
- 36) Levantamento de solicitação de recursos materiais, recursos humanos, reforma e ampliação da unidade (atividade de gerência);
- 37) Interlocação com outras secretarias para resolução de problemas ou execução de trabalho conjunto; (atividade de gerência)
- 38) Visitas domiciliares programadas ou de acordo com a demanda (doentes crônicos, desnutridos, nascidos vivos, etc.) (atividade técnica);
- 39) Planejamento, supervisão e, orientação do serviço de enfermagem 9 atividade tecnica);
- 40) Atividades de pesquisa (projeto, pesquisa de campo, tabulação divulgação, etc.) (atividade técnica);
- 41) Participação em reuniões de grupos ou entidades (atividade de gerência) (SPM, AA, etc.);
- 42) Avaliação informal da assistência de enfermagem e andamento do serviço (atividade técnica);
- 43) Organização , supervisão e orientação do serviço de limpeza;
- 44) Atividades de vigilância Epidemiológica (atividade técnica);
- 45) Atividades do SINASC: consulta de enfermagem, visita domiciliar (busca ativa), puericultura, imunizações (atividade técnica);
- 46) Esterilização do material (atividade técnica);
- 47) Atividades de Saúde Escolar (atividade técnica);
- 48) Acompanhamento de estagiários de enfermagem (atividade técnica);
- 49) Interlocação com o dentista visando proteção do profissional e usuário (atividade de gerência);
- 50) Participação em grupos de estudos, reuniões de categoria, CIPA e cursos diversos (atividade técnica);
- 51) Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde (atividade de gerência).

FUNÇÕES DESTACADAS COMO DO ENFERMEIRO (1ª tentativa)

- 1) Consulta de enfermagem -T;
- 2) Planejamento, programação, coordenação, execução e avaliação das atividades de imunização - T;
- 3) Diagnóstico de saúde do território G;
- 4) Reuniões com equipe de enfermagem, treinamento, supervisão, orientação e planejamento do serviço de enfermagem - T;
- 5) Trabalho educativo voltado para grupos diversos -T;
- 6) Assessoria aos conselhos locais de saúde - G;

- 7) Levantamento e solicitação de recursos humanos materiais e estruturais para a assistência de enfermagem T;
- 8) Interlocução com outros órgãos - G;
- 9) Visita domiciliar programada -T;
- 10) Atividades de pesquisa - T;
- 11) Avaliação sistemática da assistência de enfermagem - T;
- 12) Atividades de vigilância Epidemiológica - T;
- 13) Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde T- G.

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMAC – Associação Municipal de Apoio Comunitário
BMP – Boletim Mensal de Produtividade
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CC – Centro Comunitário
CE – Consulta de Enfermagem
CEME – Central de Medicamentos
CEMIG – Companhia Energética de Minas Gerais
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CEPEEn – Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CESAMA – Companhia de Saneamento e Pesquisa do Meio Ambiente
CID – Classificação Internacional das Doenças
CIPESC – Projeto de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
CLS – Conselho Local de Saúde
CLSs – Conselhos Locais de Saúde
CMC – Central de Marcação de Consultas
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAPE – Centro Odontológico de Atenção aos Pacientes com Necessidades Especiais
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CPD – Centro de Processamento de Dados
CPM – Cidade de Porte Médio
CS – Centro de Saúde
CTI – Centro de Terapia Intensiva

DE – Dedicção Exclusiva
DEMLURB – Departamento Municipal de Limpeza Urbana
DS – Distritos Sanitários
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FENASUS – Feira de Equipamentos, Serviços e Idéias para o Sistema Único de Saúde
FNS – Fundação Nacional de Saúde
FPAS – Fundo de Previdéncia e Assisténcia Social
GIM – Grupo de Inversão de Modelo Assistencial da SMS/JF
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN – International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiras)
INAMPS – Instituto Nacional de Assisténcia Médica da Previdéncia Social
INPS – Instituto Nacional da Previdéncia Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MPAS – Ministério da Previdéncia e Assisténcia Social
MS – Ministério de Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOBs – Normas Operacionais Básicas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAB – Piso Ambulatorial Básico
PACI – Programa de Ação comunitária Integrada
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISC – Programa de Assisténcia à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Assisténcia à Saúde da Mulher
PIASS – Programa de Interiorização da Ações de Saúde e Saneamento
PIBIC – Programa de Iniciação Científica
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMJF – Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
PSF – Programa de Saúde da Família
REFESA – Rede Ferroviária Federal

SAD – Serviço de Atenção ao Desnutrido
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SEMBES – Secretaria do Bem-Estar Social
SESUS – Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SENAC – Serviço Nacional do Comércio
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SEP – Serviço Especial de Puericultura
SES-MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SESI – Serviço Social da Indústria
SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica
SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SILOS – Sistema Local de Saúde
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SISVAN – Sistema de Vigilância Nutricional
SMS-JF – Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
SPM – Sociedade Pró Melhoramento
SSF – Serviço de Saúde da Família - SSF
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSs – Unidades Básicas de Saúdes
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UTI – Unidade de terapia Intensiva

VD – Visita domiciliar

VDs – Visitas domiciliars

ERRATA DA TESE
“O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO
DE UM MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE COLETIVA”

- pg. xxvii, linha 23 § 5º : onde se lê ... que estamos priorizando, leia-se que se está priorizando.
- pg. 16, linha 12 § 3º: onde se lê ... considero, leia-se considera-se.
- pg. 25, linha 24 § 3º: onde se lê ... países como o nosso, leia-se países como o Brasil.
- pg. 43, linha 11 § 2º: onde se lê ... TAVARES SOARES, leia-se SOARES.
- pg. 45, linha 3 : onde se lê ... mudada; , leia-se mudada. E ainda excluir restante da linha 3, a linha 4, a linha 5, a linha 6.
- pg. 50, linha 18 § 1º: onde se lê ... brasileiros., leia-se brasileiros).
- pg. 52, linha 26 § 5º: onde se lê ... prejudica a, leia-se o que mostra a falta de.
- pg. 62, linhas 2, 3, 4, 5, 6 § 1º: excluir.
- pg. 68, linha 5: onde se lê ... A Unidades, leia-se As Unidades.
- pg. 70, linha 27 § 3º: onde se lê ... as UBS são pequenas, leia-se as UBSs são pequenas.
- pg. 83, linha 25 § 2º : onde se lê ... E apenas, leia-se Apenas.
- pg. 86, linha 15 § 1º: onde se lê ... paras as UBS, leia-se para as UBSs.
- pg. 94, linha 13 § 2º: onde se lê ... com os CLS, leia-se com os CLSs.
- pg. 228, linha 19 § 3º: onde se lê ... nas três UBS, leia-se nas três UBSs.
- pg. 240, linha 10 § 1º: onde se lê ... atividades de enfermagem: , leia-se atividades de enfermagem já vista anteriormente (pg. 32). E ainda excluir restante da linha 10, a linha 11, a linha 12, a linha 13, a linha 14, a linha 15 e linha 16 até assistencial de enfermagem_____
- pg. 241, linha 30 § 2º: onde se lê ... sangue, leia-se: sangue);.
- pg. 242, linha 1 : excluir escarro, secreção vaginal e de mama);.