A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS EM POSTOS DE SAÚDE MUNICIPAIS NO ESTADO DO
PARANÁ E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A ORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS

Lília Bueno de Magalhães

Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, Departamento de
Prática de Saúde Pública, para
obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.

São Paulo

1.991

**A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS EM POSTOS DE SAÚDE MUNICIPAIS NO ESTADO DO
PARANÁ E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A ORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS**

Lília Bueno de Magalhães

Tese apresentada a Faculdade de
Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, Departamento de
Prática de Saúde Pública, para
obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.

Orientadora: Profª Dra. Maria
de Lourdes Rodrigues

São Paulo

1.991

Aqueles, que se entregam à prática sem ciência, são como o navegador que embarca em um navio sem leme nem bússola. Sempre a prática deve se fundamentar na boa teoria.

LEONARDO DA VINCI

DEDICATÓRIA

À memória da minha avô Leonete, com quem convivi até os 13 anos e que, ao receber os pobres pela porta da frente de sua casa em Castro, ensinou-me a voltar o olhar e trabalhar com os espoliados e excluídos.

AGRADECIMENTOS

Dra. Maria de Lourdes Rodrigues por sua orientação e autonomia durante todos esses anos.

Rossana Stavie Baduy e Maria do Socorro M. Oliveira que, durante 2 anos e 4 meses, me substituíram e sem os quais seria impossível a minha saída para os créditos e a pesquisa de campo.

Leslie V. O. V. Rego, Olga Giraldis Paterline, Regina K. T. Souza, Tereza Meiga Pinto, Alci A. L. de Souza, Ezia Maria Corradi e Demerval Nunes da Silva pela presteza com que atenderam a minha solicitação dos currículos e programas das escolas de enfermagem.

Angela P. Cargano e Cilla que transcreveram e datilografaram a maior parte das entrevistas.

Vera Lúcia Ogassawara, do Núcleo de Processamentos de Dados da Universidade Estadual de Londrina, pela programação e digitação dos dados quantitativos.

Marcos Pellicano, bibliotecário do NESCO/LONDRINA, pela normalização das referências.

Cleusa Rocha Asanome, estatística do departamento de Matemática da UEL, que dispôs do seu tempo, orientando na confecção de tabelas e no tratamento estatístico.

Idalina Bueno de Magalhães, minha mãe, que com paciência revisou o texto.

Ao Programa Institucional de Capacitação Docente - P.I.C.D., que, com sua bolsa, permitiu que tivéssemos recursos suficientes para realizarmos entrevistas, viajando de um extremo ao outro do Estado do Paraná.

Aos doutores Nelson Ibanez, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Maria Jacyra de Campos Nogueira, Alice Moreira Derntel e Maria Coeli Campedelli pelas sugestões.

Aos enfermeiros entrevistados que, dispondo do seu tempo, contribuíram para a discussão de sua prática e que, em muitos momentos ouvindo as suas palavras parecia que tínhamos compartilhado das mesmas experiências apesar de nunca termos trabalhado juntos.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

	PÁGINA
LISTA DE TABELAS E QUADROS	x
RESUMO	xiv
SUMMARY	xvi
I - INTRODUÇÃO	02
II - OBJETIVOS	14
III - MATERIAL E MÉTODO	16
IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1 - Os cursos de enfermagem no Paraná	23
4.1.1. Localização dos cursos	23
4.1.2. Análise da disciplina enfermagem de saúde pública ...	33
4.2 - Organização das secretarias ou departamentos de saúde municipais quanto à programação, manual de normas e atribuições da enfermagem	36
4.3 - Características da população estudada	37
4.3.1. Escolas de graduação	37
4.3.2. Ano de graduação	38
4.3.3. Habilitados em enfermagem de saúde pública segundo Instituições de Ensino	38
4.3.4. Especializados em saúde pública segundo Instituições de Ensino	39
4.3.5. Tempo de trabalho nos municípios estudados	40
4.3.6. Carga horária contratual	41
4.3.7. Horas de trabalho intra e extra-posto de saúde	43
4.3.8. Relação numérica atendentes/enfermeiras	44
4.3.9. Postos de saúde sob supervisão do enfermeiro	46
4.4 - A prática dos enfermeiros	47
4.4.1. Atividades administrativas	46
4.4.2. Atividades assistenciais	57
4.4.3. Atividades educativas	68
4.4.4. Pesquisa e outras atividades	71
4.4.5. Atividade extra-postos de saúde	73
4.4.6. Clima organizacional e fatores facilitadores do desempenho	78

4.4.7. Fatores dificultantes do desempenho	81
4.4.8. Participação na programação	90
4.4.9. Participação comunitária	94
5 - Associação entre as atividades desenvolvidas, a formação pro- fissional e a organização dos serviços	96
6 - Avaliação e sugestões para disciplina de saúde pública	98
V - CONCLUSÕES	110
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

ANEXOS

LISTA DE TABELAS E QUADROS

LISTA DE TABELAS E QUADROS

	PÁGINA
QUADRO Nº 1 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, nos municípios estudados	16
QUADRO Nº 2 - Estabelecimentos de Saúde por algumas características, segundo os municípios estudados, Paraná, 1988 .	17
QUADRO Nº 3 - Distribuição dos cursos de enfermagem, segundo a sua sede, no Estado do Paraná, 1988	23
QUADRO Nº 4 - Distribuição da carga horária da disciplina Enfermagem de Saúde Pública, segundo Escolas de Enfermagem do Paraná, 1988	33
TABELA Nº 1 - Distribuição quanto a presença ou ausência de algumas variáveis organizacionais, em 22 municípios do Estado do Paraná, 1988	35
TABELA Nº 2 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos de saúde municipais, segundo as escolas de graduação, Paraná, 1988	37
TABELA Nº 3 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos municipais, segundo ano da graduação, Paraná, 1988	38
TABELA Nº 4 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos municipais, segundo cursos de habilitação, em saúde pública, Paraná, 1988	38
TABELA Nº 5 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos municipais, segundo curso de especialização em saúde pública, Paraná, 1988	39
TABELA Nº 6 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos de saúde, segundo tempo de trabalho, Paraná, 1988	40
TABELA Nº 7 - Número e porcentagem de enfermeiros em postos de saúde municipais, segundo horas de trabalho contratadas por semana, Paraná, 1988	41
TABELA Nº 8 - Número e porcentagem de horas de trabalho intra e extra-posto de saúde dos enfermeiros, em postos de saúde municipais, Paraná, 1988	43
TABELA Nº 9 - Relação numérica de enfermeiros por atendentes, segundo municípios e média de atendentes por enfermeiro, Paraná, 1988	44

TABELA Nº 10 - Relação dos enfermeiros, segundo municípios e postos de saúde sob sua supervisão, Paraná, 1988	46
QUADRO Nº 5 - Número e porcentagem de atividades administrativas intra-posto de saúde, relacionadas pelos enfermeiros, em municípios do Paraná, 1988	47
QUADRO Nº 6 - Número e porcentagem de enfermeiros que declararam desempenhar atividades assistenciais intra-postos de saúde, em 22 municípios do Paraná, 1988	57
QUADRO Nº 7 - Número e porcentagem de enfermeiros que declararam exercer atividades educativas, segundo o tipo de atividade, em 22 municípios do Paraná, 1988	68
QUADRO Nº 8 - Número e porcentagem de enfermeiros que executam atividades de pesquisa e outras, intra-posto de saúde, em 22 municípios do Paraná, 1988	71
QUADRO Nº 9 - Número e porcentagem de enfermeiros que declararam executar atividades extra-postos de saúde, em 22 municípios do Paraná, 1988	73
TABELA Nº 11 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a existência de fatores institucionais que facilitam o desempenho, em 22 municípios do Paraná, 1988	78
QUADRO Nº 10 - Número e porcentagem de fatores intra institucionais facilitadores do desempenho relacionados pelos enfermeiros, em 22 municípios do Paraná, 1988	78
TABELA Nº 12 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a existência de fatores institucionais que dificultam o desempenho, em 22 municípios, Paraná, 1988	81
QUADRO Nº 11 - Número e porcentagem de fatores intra institucionais dificultadores do desempenho relacionados pelos enfermeiros, em 22 municípios do Paraná, 1988	82
TABELA Nº 13 - Número e porcentagem de participação de enfermeiros na programação das atividades de saúde, em 22 municípios do Paraná, 1988	90
TABELA Nº 14 - Número e porcentagem de enfermeiros em atividades com a comunidade, em 22 municípios do Paraná, 1988	94

QUADRO Nº 12 - Relação entre as atividades desempenhadas por enfermeiros e serviços organizados e não organizados, em 22 municípios do Paraná, 1988	96
QUADRO Nº 13 - Relação entre as atividades desempenhadas pelos enfermeiros e escolas de graduação, em 22 municípios do Paraná, 1988	97
TABELA Nº 15 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a contribuição teórica no desempenho atual da disciplina de saúde pública, em 22 municípios do Paraná, 1988 .	98
TABELA Nº 16 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a contribuição do estágio na disciplina de saúde pública no desempenho atual, em 22 municípios do Paraná, 1988	99
QUADRO Nº 14 - Número e porcentagem de sugestões para modificação da disciplina de saúde pública dos enfermeiros, em 22 municípios do Paraná, 1988	100

RESUMO

RESUMO

A expansão do mercado para enfermeiras, em postos de saúde municipais, levou a uma pesquisa para caracterizar a prática desses profissionais em postos de saúde de 22 municípios do Estado do Paraná, e sua relação com a formação profissional e organização dos serviços. São descritos a carga horária e conteúdo das disciplinas de enfermagem de saúde pública, das 7 escolas de enfermagem do Estado, e a existência nas secretarias ou departamentos, de programas, atribuições dos enfermeiros e auxiliares de saúde, manual de normas e procedimentos. Foram entrevistados 117 enfermeiros. A população estudada apresentava como características: ter menos de 5 anos de formada (65,8%), trabalhar no município há menos de 2 anos (58,9%) e com uma carga horária contratual em maior proporção de 40 horas semanais (47,9%); o número de enfermeiros com formação específica na área era baixo: habilitação em saúde pública 16,3% e especialização em saúde pública 28,0%. Tinham sob sua supervisão em média 2.1 postos de saúde e 8.4 auxiliares de saúde. A frequência maior entre as atividades administrativas foi a supervisão (76,0%); nas assistenciais o atendimento de enfermagem (83,7%) e nas educativas o treinamento de pessoal (50,4%). A atividade de pesquisa apresentou baixo percentual (4,2%). As reuniões em nível central foram as mais frequentes entre as extra-posto de saúde. Os fatores facilitadores do desempenho foram o relacionamento inter-equipe, o apoio institucional e a autonomia e entre os dificultadores a planta física, insuficiência de recursos humanos e capacitação insuficiente. Não participavam da programação 23,1% e as atividades com a comunidade foi referida por 56,4% dos entrevistados. Foi avaliado insuficiente o conteúdo teórico e prático da disciplina enfermagem de saúde pública e as sugestões foram para mudanças no conteúdo, carga horária, alocação e integração com outras disciplinas. Os egressos da escola de Enfermagem da Fundação Universidade de Cascavel (FECIVEL) foram os que apresentaram diferenças significativas entre as atividades desenvolvidas em relação às outras escolas. As atividades de supervisão e treinamento de pessoal apresentaram uma forte evidência de que a proporção dos enfermeiros, que desempenham estas atividades nos serviços organizados, é maior que nos serviços não organizados. As atividades com a comunidade e a participação na programação mostraram-se não associadas à organização, sugerindo que as variáveis selecionadas para compor o indicador serviço organizado, parecem ser inadequadas para esta associação.

SUMMARY

SUMMARY

This research was meant to verify the practice of professionals in health units of 22 municipalities in the state of Paraná. The amount of hours and subject matter content in the public health nursing courses of seven state schools, the availability of health programs in government departments, the duties of nurses and health assistants, and the manual of norms and procedures were checked and presented in this work. 117 nurses interviewed had the following characteristics: less than five years of graduation (65.8%), less than two years job experience in the municipality (58.9%), 40 hour weekly work (47.5%). The nurses with a specialized field of studies in public health (28.0%) had under their supervision an average of 2.1 health units and 8.4 health assistants. Supervision scored highest within administrative work (76.0%), nursing scored 83.7% as an assisting work. Within the educational work, personnel training scored 50.4% whereas the research work scored only 4.2%. Among out-of-the-health unit activities, meetings were the most frequent. Facilitating factors of performance were inter-teams relationship, institutional support and autonomy. The impeding factors were the area plan, the lack of human resources and qualification. 39.3% of the informants did not engage in any community program. The theoretical and practical content of the public health nursing course was considered insufficient by 33.2%. Suggestions were given as to content, disciplines and amount of hours in the course. The nurses graduated in Faculdade de Educação, Ciências e Letras in the city of Cascavel (FECIVEL) presented significant differences as to their formation and professional practice compared to graduates from other schools. Nevertheless, similarities were found in terms of community participation by graduates from Universidade Federal do Paraná, participation in programs by those from Universidade Católica do Paraná and Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON), and personnel training by those from Universidade Estadual de Londrina. The relation between practice and organized services also presented differences as to supervision and training. And activities with the community and participation in programs were seen as independent variables in the organization of health services.

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

A enfermagem de Saúde Pública, sendo uma prática social, reflete as mudanças que ocorrem na sociedade e na assistência à saúde.

A constituição histórica do saber e da prática na enfermagem durante o período de 1920-1983, foi muito bem descrita e analisada por SILVA¹¹⁵ e ALMEIDA & ROCHA⁶. Para os dois últimos autores, há dois direcionamentos futuros para a enfermeira profissional: o primeiro, seria a ampliação de suas funções onde ela exerceria algumas atividades médicas, no cuidado direto do paciente, podendo ser chamada de primarista; o outro seria um aprofundamento do seu próprio campo do saber, convertendo-se em um especialista de atenção de enfermagem.

O primeiro desses direcionamentos (o papel ampliado da enfermeira) surge no bojo das propostas de extensão de cobertura, a ser alcançada através da estratégia de atenção primária de saúde (APS).

Essas propostas têm a sua emergência em programas de Medicina Comunitária, nos EEUU, na década de 60, e é uma solução encontrada pelos países capitalistas para a crise da Medicina científica, por meio de implantação de um modelo que incorpora proposições como: aumento da produtividade com a diminuição de custos, simplificação de serviços e participação comunitária.

A consolidação definitiva da APS ocorre em 1978, na Conferência de Alma-Ata, em que "um dos principais objetivos sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, no curso dos próximos decênios, deve ser o de que todos os povos do mundo alcancem, no ano 2.000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. A atenção primária de saúde é a chave para alcançar esta meta como parte do desenvolvimento, conforme o espírito de justiça social"³⁴.

A enfermeira encampa estes objetivos na conferência realizada pela OMS, em 1981, intitulada "Enfermagem em apoio à meta Saúde para todos no ano 2.000", propondo a ampla utilização de pessoal elementar de enfermagem na prestação de serviços básicos de saúde, com delegação de funções⁶.

Essa delegação de funções pode ocorrer tanto com o objetivo de desmonopolização do saber (que só poderá surgir de uma relação dialética entre os discursos dos profissionais de saúde e da população), como também ser apenas uma transferência linear de certos conhecimentos e habilidades.

A Organização Panamericana de Saúde⁹⁵ e vários autores^{28, 30, 76, 93, 97, 101, 106, 110} entendem que o papel ampliado do en-

fermeiro, em APS, seria desempenhar as funções para as quais tradicionalmente tem sido preparado: administração de serviços, planejamento, supervisão, avaliação, educação e novas atividades como, por exemplo, preparar histórias clínicas, estabelecer diagnósticos, instaurar tratamentos, incorporar os membros da comunidade na tomada de decisões em relação à provisão e avaliação dos serviços. A prestação de cuidados diretos pelo profissional tem sofrido críticas e restrições, no Brasil, com diferentes argumentos.

Para VIEIRA¹²⁷, "é impraticável pensarmos o profissional de enfermagem dedicado à prestação direta de assistência... Enquanto não se alterar significativamente a disponibilidade de enfermeiros no país, o emprego mais racional de sua capacidade impõe que ele seja antes um profissional multiplicador, coordenador, supervisor, docente, que um prestador direto de serviços".

SILVA¹¹⁵ afirma que, "na sociedade brasileira atual, está reservado um lugar para as enfermeiras na divisão social do trabalho, que diz respeito, sobretudo, ao desempenho de atividades administrativas e de ensino. Estas atividades constituem o objeto de trabalho, por excelência, das enfermeiras, hoje, no Brasil".

A enfermagem primarista, que preconiza o cuidado direto ao paciente, ainda é idealista e, nesta proposta, caberia ao enfermeiro desempenhar as atividades de treinamento e supervisão do pessoal auxiliar⁶.

E no Paraná, qual seria a prática em APS destes profissionais? Dois municípios são pioneiros em prestar serviços básicos de saúde, nos moldes preconizados pela assistência primária de saúde: Londrina e Cambé, ambos localizados no Norte do Paraná.

Dada a relevância destas experiências em relação ao tema deste trabalho, passamos a descrever sucintamente suas principais características.

A experiência de Londrina orientou-se pelas diretrizes da Medicina Comunitária: descentralização, hierarquização de serviços e participação de serviços e participação da população. Implantada a partir de 1977, diferia de outras propostas existentes na época, como o PIASS, pois desenvolvia-se em área totalmente urbanizada, com elevada concentração de capital e complementar a organização médica, isto é, desenvolvendo-se em uma área fora do interesse dos grupos privados ou cooperativas médicas³⁷.

Os auxiliares de saúde, além de ações de enfermagem, como vacinas, pré-consulta, pós-consulta, desempenhadas em serviços de saúde pública, passam a incorporar em sua prática o que passou a se denominar patologias delegadas, isto é, o atendimento à doenças comuns, de fácil diagnóstico e tratamento, tais como: verminose, piodermites, escabiose,

gripes, dermatites amoniacal e seborréica, granuloma umbilical e outras, em programas desenvolvidos em postos da Universidade Estadual de Londrina.

O município de Cambê, a partir de 1975, por iniciativa de alguns profissionais que atuavam na rede, implementava algumas medidas para melhorar a estrutura do serviço público municipal, mas, sem o apoio do Executivo e nem mesmo do chefe de Departamento de Bem Estar Social, estas medidas foram esvaziando-se. Em 1982, com uma nova administração, passou-se a reestruturar o sistema local de saúde, priorizando a organização da rede primária de atenção à saúde, enquanto porta de entrada do sistema e, ao mesmo tempo, estimulando a organização da população⁷⁴.

Na área de enfermagem de saúde pública, os dois municípios, em 1987, apresentavam, quanto à composição dos recursos humanos e atribuições dos enfermeiros, a conformação abaixo descrita:

a) Londrina

A rede contava com 12 enfermeiras e 59 auxiliares de saúde, alocados em 28 postos.

A atuação dos enfermeiros se dava em dois níveis: local e central, e as atribuições, descritas por ZAROUR e col.¹³⁰, compreendiam:

1. *Nível Local*

1.1. *Atuar conjuntamente com o auxiliar de saúde no atendimento à população, no sentido de entrar em contato com a comunidade e seus problemas e de aplicar e desenvolver conhecimentos adquiridos.*

1.2. *Supervisionar os postos: planejar, programar atividades dos PS; organizar internamente o PS; treinar o auxiliar de saúde; fazer educação continuada; avaliar o serviço e o desempenho técnico dos auxiliares de saúde; prover e controlar materiais e medicamentos; realizar e coordenar reuniões internas no PS.*

2. *Nível Central*

- *Planejar e operacionalizar cursos de formação, reciclagem e treinamento em serviços para os auxiliares de saúde (AE);*

- *Elaborar projetos de avaliação do auxiliar de saúde;*

- *Reformular e/ou elaborar rotinas e normas administrativas;*

- *Participar de reuniões científicas e técnico-administrativas com os enfermeiros;*

- *Elaborar relatórios, projetos gerais e notificar as doenças transmissíveis;*

- *Desenvolver trabalhos científicos;*

- *Colaborar com outras instituições no planejamento e execução das atividades pertinentes à saúde.*

b) Cambe

Os recursos humanos, em janeiro de 1987, compreendiam 5 enfermeiros e 27 auxiliares de saúde alocados em 5 postos de saúde e 1 Centro de Saúde Integrado.

SOUZA¹²⁰, relatando a atuação dos enfermeiros na rede básica, referencia "2 objetivos da equipe para o trabalho:

1º) Estabelecer um bom serviço de atendimento à saúde, que contribua efetivamente, dentro dos limites possíveis, para a melhoria das condições de saúde da população, através da resolução dos seus problemas mais concretos e imediatos;

2º) Estabelecer um nível de atuação que use a participação, a conscientização e organização popular, tanto no que diz respeito às questões específicas de saúde, ou lutas pelas melhorias imediatas no bairro, assim como em questões políticas mais gerais, de luta pela democratização do país e por transformações profundas na sociedade brasileira.

O enfermeiro atua em dois níveis nessa rede:

1. Administrativo - reuniões para discussão de questões gerais com a equipe, e as específicas de enfermagem.

2. Unidades de Saúde - O enfermeiro tem papel fundamental na supervisão e coordenação das atividades desenvolvidas ... Dentro desta linha estamos discutindo constantemente com os auxiliares, visando dar continuidade ao processo de capacitação ...

Devemos também desenvolver assistência direta, visando ao aprimoramento, à supervisão e ao contato com o cliente.

O trabalho com a comunidade ainda engatinha, estamos desenvolvendo-o na base de tentativas. Apesar disso, consideramos fundamental entender cada dia mais a comunidade em que atuamos, conhecendo os seus problemas específicos e, em qualquer situação, não perder a consciência da questão mais geral, que é a principal determinante dos problemas de saúde da população".

Nos dois municípios, as atribuições dos enfermeiros, em sua maioria, não diferem das atividades classicamente propostas para a enfermeira de saúde pública e desenvolvidas em serviços estaduais, comumente, fazendo parte das propostas curriculares de escolas de enfermagem do país^{90, 91}.

A área de recursos humanos vem sendo reconhecida como um elemento crítico para alcançar a reorientação e transformação dos sistemas de serviços de saúde e do profissionais. Existe tendência de se focar de forma mais integral a problemática de Recursos Humanos^{7, 56, 68}.

A OPAS¹⁰⁰ propõe, considerando a transcendência dos recursos humanos, o seguinte diagrama para estudos na área:

Sistema Formador

Estado, Corporações e
Empresas

Processo de Trabalho

Há divergências quanto a importância relativa de cada um desses atores: o sistema educacional, as corporações e as empresas públicas e privadas que absorvem essa força de trabalho. As mudanças no sistema educacional passam pelo conhecimento das condições concretas do trabalho. O aparelho formador deve responder não só ao mercado de trabalho, mas às necessidades de saúde da população. As diretrizes políticas do Estado brasileiro vêm sofrendo transformações que se refletiram na expansão de serviços de saúde municipais e, em consequência, na absorção de enfermeiros para prestarem assistência básica de saúde.

Essas mudanças iniciam-se com a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP (decreto nº 86.329 de 02/09/1981) e aprovação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Portaria nº 3.602 de 23/08/1982) que, entre as linhas de ação básica, propunha-se a maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde, através da implantação do "Convênio Trilateral "Ministério da Previdência e Assistência à Saúde, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, substituído posteriormente pelas Ações Integradas de Saúde (AIS). Os primeiros convênios foram assinados em 1983, criando-se comissões interinstitucionais como mecanismos de gerência dos serviços públicos em processo de integração³.

A racionalização das ações se daria com a unificação dos recursos e serviços e as AIS se efetivaram através desses convênios entre os Ministérios, as Secretarias Estaduais de Saúde e os municípios.

O Paraná foi um dos últimos Estados a assinar o convênio, em 22 de fevereiro de 1985, inicialmente envolvendo unidades de saúde de 13 municípios: Curitiba, Araucária, Campo Largo, Ponta Grossa, Guarapuava, Cascavel, Foz do Iguaçu, Maringá, Londrina, Cambé, Ibiaporã, Francisco Beltrão, Toledo e, em dezembro de 1986, os restantes 278, dos 311 municípios paranaenses existentes nessa época.

As AIS passam a ser uma estratégia transicional, com o objetivo de fortalecimento do setor público, descentralização, revisão do financiamento setorial, mudança radical nas relações entre o setor público e privado, universalização e equalização do atendimento, tornando-se

instrumento fundamental na constituição dos serviços municipais de saúde³.

Os municípios, com o aumento do repasse financeiro, passam a ampliar a rede de postos de saúde e a contratar enfermeiros e auxiliares de saúde.

A municipalização dos serviços é antiga proposta do Ministério da Saúde (MS), como foi apresentada por SILVEIRA¹¹⁷ na III Conferência Nacional de Saúde: "Defendendo o Ministério da Saúde o princípio de que os serviços locais são de responsabilidade dos municípios, é evidente que não poderia estabelecer normas de organização para os mesmos... Uma organização central, programando em um país continental, planos e programas para realização local, nos diferentes municípios do Brasil, é um verdadeiro contra-senso. As populações locais é que podem ter um conhecimento mais realista dos seus problemas, são elas que devem sentir o que deva ser atendido prioritariamente."

Segundo DALLARI⁴¹, "o estabelecimento de organização sanitária com base municipal interessa não só ao governo, que deseja manter-se no poder com o apoio da população, como também ao próprio Estado que, ao satisfazer as necessidades de saúde de seu povo, promove a lealdade política de seus membros".

Os municípios brasileiros têm se empenhado neste projeto, como demonstram os vários encontros municipais do setor saúde e dos secretários municipais^{25, 33, 96, 103, 112}.

CORDONI³⁹, ao analisar as tendências e perspectivas dos serviços municipais no Paraná, recomenda a que o Estado repasse para alguns municípios os seus serviços de APS.

A implantação das AIS no Estado, entretanto, vem se dando de maneira bastante ortodoxa.

ALBUQUERQUE⁴, por exemplo presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Paraná, afirma que "*Presenciamos um início da participação efetiva da enfermagem na política de saúde dos municípios... Entretanto, a enfermagem, que representa 60% dos recursos humanos mobilizados pelas AIS e que realiza 70% das ações de saúde, não tem o mesmo peso no que concerne aos postos de decisão na política de saúde. Por exemplo: questionamos as portarias do INAMPS nºs 314/85 e 45/84; a primeira só considera a consulta médica, a odontológica e a dos profissionais de saúde mental, discriminando os outros profissionais. E a outra atribui a uma única categoria a competência de auditar as outras. Esta decisão reflete o autoritarismo e a ditadura que, vergonhosamente, uma única categoria profissional de saúde exerce frente às outras. Posicionamo-nos contra a política de pagamentos por ações prestadas, pela centralização dos recursos e pelos convênios que não visem a universalização do atendimento*".

Para a autora acima citada, além de uma série de dificuldades emergenciais, que impedem a consolidação das AIS no Paraná (heteronomia salarial, falta de apoio diagnóstico e terapêutico, inexistência de sistema de referência) esta situação é "agravada na enfermagem considerando:

- falta de posicionamento da enfermagem frente à política nacional de saúde;

- formação do enfermeiro voltada para a saúde individual;

- ensino profissional avalizando a neutralidade da enfermagem frente à discussão crítica das políticas de saúde. Ex. pouca participação dos docentes em encontros técnicos políticos;

- falta de participação das entidades de classes: Sindicato, ABEn, na formação do enfermeiro."

A valorização da atuação do enfermeiro era reconhecida pela Associação dos Municípios do Médio Paranaense (AMEPAR)³³ que sugere "como uma das formas de apoio técnico para a implantação da rede básica, contratar e colocar enfermeiros sanitaristas em cada cidade pólo, que englobe determinada região, a qual teria a função de ser o ponto de partida para a criação da equipe de saúde".

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde consagra a concepção de um Sistema Único de Saúde que deverá reger-se, em relação à organização dos serviços, pelos princípios da descentralização na gestão dos serviços, integralização das ações superando a dicotomia preventiva-curativa, regionalização, hierarquização e participação da população no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; quanto às políticas de recursos humanos, propõe a isonomia salarial, capacitação e reciclagens permanentes, admissão através de concurso público, estabilidade no emprego, composição multiprofissional das equipes, compromisso dos serviços com os usuários, incentivo à dedicação exclusiva, formação de profissionais de saúde integrados ao Sistema de Saúde e incorporação de agentes de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários⁶⁰.

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária criada para propor a nova lei do Sistema Nacional de Saúde, considerando as distorções existentes entre os trabalhadores de saúde (como os baixos salários e a inadequada região entre a formação e a utilização do pessoal), indica medidas que deverão ser tomadas (como o estabelecimento do regime de tempo integral, real integração entre ensino e serviço em todos os níveis de escolaridade), de forma a se evitar que os serviços arquem com a responsabilidade de capacitação profissional e, em todos os níveis, preconiza um esforço no sentido de aumentar o desempenho quantitativo e qualitativo dos

mesmos.

Em julho de 1987¹²³, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com a justificativa para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde, significando, que os servidores do INAMPS se incorporam à rede estadual e/ou municipal e o conjunto de recursos (pessoal médicos e equipamentos) passam a ser considerados globalmente, com gerência única e remuneração equiparada. A responsabilidade de incorporação das diretrizes inovadoras é tanto do aparelho formador como dos serviços que os absorvem.

No ensino convencional, a formação profissional está sempre em descompasso com a prática profissional, de tal maneira que a empresa ou os serviços devem ser responsáveis pelo treinamento, isto é, pela qualificação do trabalhador.

Para a qualificação dos enfermeiros, o Paraná contava com sete escolas de enfermagem. No sentido mais estrito, o ensino de novas tecnologias que respondam às mudanças preconizadas, tanto ao nível da assistência sanitária primária como das políticas governamentais, deveriam estar sob a responsabilidade da disciplina Enfermagem de Saúde Pública e outras afins (como a Epidemiologia e Saneamento).

A transformação do saber adquirido nas escolas para uma qualificação, que permita o exercício concreto da profissão, necessita que os serviços de saúde contem com um mínimo de estrutura organizacional que assegure o desenvolvimento dos seus recursos humanos. KURCGANT⁶³ considera que as instituições de saúde no Brasil apresentam, em sua grande maioria, uma estrutura típica das escolas científicas e clássicas e segundo ALVES⁸, "A organização do trabalho na enfermagem ainda se rege pela administração científica proposta por Taylor, com a descrição das tarefas.

Como consequência dessa estrutura, as organizações se utilizam, tanto a nível hospitalar, como em saúde pública, do Manual de Normas, Procedimentos e/ou Rotinas. O Manual de Normas ou parte dele é um instrumento de informação e, segundo SILVA¹¹⁶ torna-se necessário, quando os membros da equipe de enfermagem começam a perder a visão do conjunto, a desconhecer as atividades e finalidades do serviço de enfermagem e de outros setores, a ter dúvidas sobre os procedimentos específicos, sobre a autoridade dos elementos e sobre a responsabilidade de cada um".

Outro instrumento ou técnica preconizada e bastante difundida nos serviços de saúde é a programação que, no nível operativo, no caso dos postos, são os programas de saúde. Os programas são a expressão do planejamento dos níveis de direção. Para MALICK⁶⁹, "programar é condição necessária para tentar diminuir o grau de incerteza com o qual se lida no cotidiano e é uma técnica que está relacionada diretamente com comparti-

thar o poder."

Sem essas condições mínimas, (Manual de Normas e Procedimentos e/ou Rotinas, incluindo-se as atribuições dos elementos da equipe de enfermagem - e um programa a ser cumprido) é quase impossível se atingir algum objetivo, ter algum grau de ordem.

Se ao enfermeiro cabe o controle do processo administrativo, como parte de sua prática, isso dar-se-á de forma mais eficiente se a organização estruturar-se com pelo menos os 3 elementos acima descritos.

Evidente que só esses elementos não são suficientes para se estabelecer resultados administrativos desejados, e outras variáveis externas e internas aos serviços intervêm no processo. Nesse estudo, mais dois fatores relacionados à estrutura da organização e que se refletem na prática profissional foram pesquisados: a participação dos enfermeiros na programação e a percepção do clima organizacional como fator que favorece ou dificulta o desempenho.

A participação na programação dos sistemas locais de saúde faz parte das propostas apresentadas anteriormente, como a assistência primária de saúde, passando pelas diretrizes do SUDS e SUS, com a implantação de um modelo de planejamento ascendente e o controle do usuário na gestão através dos conselhos locais de saúde.

A idéia da participação não é nova e, segundo MENDONÇA^{80, 81}, o interesse pelo tema aumenta a partir da Segunda Guerra Mundial, quer seja nas organizações, quer nos meios acadêmicos ou nos países.

As vantagens e desvantagens para a organização dessa prática podem ser resumidas na tipologia de WALKER, apud MENDONÇA⁸¹: maior/menor eficácia, redução da alienação, democracia, cooperação e atenuação dos conflitos, maior satisfação dos trabalhadores, intrusão nas prerrogativas de direção.

Os graus de participação dos dirigentes e membros no processos de planejamento e de tomada de decisão vão da informação/reação, consulta facultativa, consulta obrigatória, elaboração/recomendação, co-gestão até a auto-gestão segundo BRANDÃO apud MENDONÇA⁸¹.

O enfermeiro, como responsável técnico da equipe de enfermagem e muitas vezes chefe do posto de saúde, deveria participar da elaboração dos planos, dos programas, do estabelecimento de estratégias, da avaliação dos resultados, mas, frequentemente, as decisões são apenas "informadas" e, portanto, os profissionais são destruídos de qualquer poder no seu trabalho.

Um aspecto fundamental da participação para o desenvolvimento dos sistemas locais é o apoio aos processos de participação social, viabilizando o entendimento entre os atores comunitários e institucionais.

Os agentes institucionais resistem a alterar a rotina e incorporar as diretrizes políticas (como a integração e participação popular). Ou então, permeiam entre os técnicos concepções como o uso da população na produção de serviços, com o fim de baratear os custos e que, segundo BARRENECHEA e col.¹³, leva os postergados a desempenharem atividades, que não são exigidas aos grupos mais privilegiados, resultando no agravamento das desigualdades.

O clima organizacional é preocupação há seis décadas dos gerentes. As condições de trabalho percebidas pelos trabalhadores em relação à instituição ou ao seu próprio trabalho podem, segundo PILARES⁹⁸, estar relacionadas a: quantidade de trabalho (quantidade atribuída ao funcionário, distribuição do trabalho existente na unidade e a suficiência do pessoal para a realização dos serviços), relações intersetoriais, sistemas e canais de comunicação, remuneração e carreira, benefícios, relacionamento com a chefia, relacionamento interpessoal, valorização profissional, motivação e satisfação com a empresa.

Para esse mesmo autor, não se pretende medir a realidade tal qual ela é, mas sim como é percebida, havendo influência dos aspectos psicológicos individuais que, por sua vez, são influenciados pelos aspectos organizacionais.

Vários estudos, enfocando esse conjunto de variáveis intervenientes, têm sido realizados na enfermagem americana, em função dos problemas de alta rotatividade e os efeitos advindos com a perda da eficiência e custos altos.

As pesquisas nessa área analisam a associação da satisfação no trabalho com autonomia, reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado, apoio da supervisão, interação grupal, compensação financeira.

BONJEAN e col.¹⁶ consideram as características intrínsecas (que incluem autonomia, responsabilidade e sentimentos de sucesso) como mais importantes que os fatores extrínsecos (tais como as facilidades físicas, benefícios e até mesmo salário).

CAVANAGH²⁷, revisando as pesquisas sobre a rotatividade, apresenta um modelo adaptado de PRICE & MUELLER, em que a satisfação no trabalho está relacionada com a participação, promoções, comunicação instrumental, rotinização e a intenção de permanência com treinamento, pagamento, oportunidade e encargos.

CARMEL et col.²⁴ mostram que os enfermeiros, quando têm oportunidade de definir seus próprios papéis, utilizando-se de sua experiência, conhecendo a sua habilidade, sentem uma melhora em sua imagem profissional, que é expressa pela satisfação no trabalho.

DI LASCIO⁴³ avaliou a satisfação das necessidades psicossociais

ciais dos enfermeiros em hospitais do Recife considerando os itens: auto-estima, autoridade, crescimento e desenvolvimento, prestígio dentro do hospital, ação independente, segurança na posição, auto-realização, prestígio fora do hospital, salário, realização no trabalho, ajudar outros, estabelecer objetivos, determinar métodos, estar informado, amizades profundas. Os resultados dessa pesquisa indicam que as enfermeiras "em níveis administrativos inferiores percebem maiores deficiências na satisfação das necessidades psicossociais do que as enfermeiras nos níveis administrativos mais altos e particularmente a autonomia é uma das áreas mais críticas na satisfação das necessidades."

O estudo COFEN/ABEN³⁵ encontrou, entre os dez fatores considerados como de muita importância para maior eficiência e satisfação no trabalho de enfermagem nos estabelecimentos de saúde, por ordem decrescente, os seguintes: a existência de creches, programas para melhorar o inter-relacionamento da equipe, incentivo salarial por mérito, material básico em quantidade, pessoal suficiente para cobrir licenças ou férias, refeições a preços módicos, trabalho interdisciplinar com efetiva participação dos diferentes profissionais no planejamento, execução e avaliação dos programas, transporte para o trabalho de enfermagem na comunidade, equipamentos necessários e em bom estado de funcionamento, oferecimento regular pela Instituição de cursos para aperfeiçoamento e atualização do pessoal.

Esse estudo, com dados colhidos em todo o território nacional e com a finalidade de conhecer as condições em que se exerce a prática da enfermagem, quem a exerce, em que condições a exerce e quais os obstáculos encontrados no desempenho profissional, abrangeu os estabelecimentos de saúde e órgãos governamentais de nível central, excluindo desse universo os enfermeiros que atuavam em nível local nos municípios.

No Paraná, a expansão da rede de postos de saúde sob a responsabilidade dos municípios sofreu grande incremento, passando de 50 em 1983 para 1.005 em 1987⁴⁶.

Esse mercado em expansão para os enfermeiros e a inserção da autora no processo de formação em curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina levou-a a pesquisar essa fração da realidade, ainda não estudada no Estado.

II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

2.1. Geral

Esta pesquisa se propõe a analisar a prática dos enfermeiros em postos de saúde municipais no Estado do Paraná, e a sua relação com a formação em Enfermagem em Saúde Pública e a organização das Secretarias ou Departamentos de Saúde Municipais, utilizando-se como referencial a inter-relação, proposta pela OPAS¹⁰⁰, para estudos de recursos humanos, (o sistema formador, o processo de trabalho e o papel do Estado, Corporações e Empresas).

2.2. Específicos

- 2.2.1. Caracterizar a população estudada segundo o tipo de formação acadêmica em nível de graduação, habilitação e/ou especialização em Saúde Pública;
- 2.2.2. Caracterizar a população estudada segundo alguns parâmetros quantitativos relacionados ao trabalho nos serviços de saúde;
- 2.2.3. Caracterizar as atividades exercidas pela população estudada nos serviços de saúde;
- 2.2.4. Classificar os serviços de saúde quanto à sua organização, tendo como parâmetro a existência ou não de programas, atribuições do enfermeiro e do auxiliar de saúde e Manual de Normas e Procedimentos;
- 2.2.5. Caracterizar os fatores organizacionais que facilitam e os que dificultam a prática dos enfermeiros em tais organizações e
- 2.2.6. Verificar a relação existente entre algumas atividades de enfermagem e a escola onde o profissional concluiu o curso de graduação;
- 2.2.7. Verificar a relação existente entre algumas atividades de enfermagem, e a organização dos serviços;
- 2.2.8. Confrontar a adequação das disciplinas relacionadas à Enfermagem de Saúde Pública oferecidas nos vários cursos de graduação e a opinião dos enfermeiros em relação às mesmas, tendo em vista se ofereceram referencial teórico-prático para a resolução das dificuldades comuns encontrados no trabalho diário nos serviços de saúde.

III. MATERIAL E MÉTODO

III. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Local de Estudo

O estudo foi realizado em 22 municípios do Paraná, sendo que o critério de escolha desses municípios será discutido adiante, no item 3.2. População. Esse Estado brasileiro situa-se na região sul do País, e tem 323 municípios. A população em 1980 era de 7.630.466 e o seu crescimento na década de 70/80, foi um dos mais baixos do país: 0,96%³⁹.

A proporção de população urbana passou de 36,40% em 1970 para 58,60% em 1980. Houve um esvaziamento populacional dos municípios, pois 59,66% tiveram suas populações diminuídas; 25,52% cresceram à taxas inferiores à média geométrica brasileira (2,84%) e apenas 14,82% tiveram aumentos populacionais acima da taxa brasileira na década. Nos municípios estudados tiveram crescimentos acima da média brasileira: Almirante Tamandaré, Foz do Iguaçu, Guarapuava, Maringá, São José dos Pinhais, Araucária, Cambé, Cascavel, Curitiba, Londrina, Piraquara. Os inferiores à média foram Campo Mourão, Ibiporã, Jaguariaíva, Rio Branco do Sul, Toledo, Apucarana e não cresceram Rolândia, Ponta Grossa, Palotina e Campo Mourão.

A população projetada para 1986 e 1988 encontram-se em anexo nº 2.

Os coeficientes de Mortalidade Infantil, um indicador sensível do nível de saúde, no ano estudado, estão abaixo relacionados.

Quadro 1 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, nos municípios estudados, em 1988.

Municípios	Coeficiente de Mortalidade Infantil
Almirante Tamandaré	62,7
Apucarana	37,1
Arapongas	25,9
Araucária	44,0
Cambe	28,3
Campo Mourão	42,3
Cascavel	37,7
Curitiba	29,8
Foz do Iguaçu	26,7
Guarapuava	45,1
Ibiporã	24,0
Jaguariaíva	61,1
Londrina	26,7
Maringá	22,1
Palotina	19,4
Piraquara	50,4
Pranchita	4,6
Ponta Grossa	36,5
Rio Branco do Sul	38,1
Rolândia	38,8
São José dos Pinhais	37,5
Toledo	22,7

Fonte: G.P.C. Fundação Caetano Munhoz da Rocha. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná.

Esses dados, apesar de indicarem que não sofreram correção quanto aos possíveis erros (como justificar, a não ser por erro, o coeficiente de Pranchita ser melhor que o da Suécia, 6,9/00, um dos mais baixos) mostram que 20 municípios não podem ser classificados como tendo "baixa mortalidade", isto é, coeficientes inferiores a 20 por mil nascidos vivos e 2 municípios (Almirante Tamandaré e Jaguariaíva) podem ser enquadrados como muita alta, com C.M.I. acima de 60 por mil nascidos vivos.

A dificuldade em se encontrar dados atualizados, desagregados por município, dificulta caracterizar a oferta da rede pública nesses locais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para 1988, apresenta alguns dados sobre os estabelecimentos de saúde considerados como tais, postos de saúde, centro de saúde, clínica ou postos de assistência médica, pronto-socorro, unidade mista e hospital. Desses, selecionou-se alguns, abaixo indicados.

Quadro nº 2 - Estabelecimentos de saúde por algumas características, segundo municípios estudados, Paraná, 1988.

Municípios	Estabelecimentos com Atendimentos a pacientes Externos	Total de Leitos para in- ternação	Nº de vagas
Almirante Tamandaré	10	72	33
Apucarana	34	479	3148
Arapongas	11	214	1471
Araucária	13	132	970
Cambé	13	125	1124
Campo Mourão	23	310	2809
Cascavel	40	772	5150
Curitiba	227	6715	36432
Foz do Iguaçu	15	467	5654
Guarapuava	40	869	4265
Ibiporã	9	111	692
Jaguariaíva	10	192	859
Londrina	83	1364	8979
Maringá	71	1377	5523
Palotina	15	177	940
Pranchita	04	45	110
Piraquara	15	1420	1028
Ponta Grossa	51	1585	6281
Rio Branco do Sul	13	50	812
Rolândia	16	290	939
São José dos Pinhais	19	866	2924
Toledo	24	457	2378

Fonte: IBGE. Estatísticas da saúde. Assistência Médico-Sanitária. vol. 13, 1988.

Alguns municípios são cidades sede de pólos regionais como Curitiba, Londrina, Ponta Grossa, Cascavel, Maringá, apresentando um maior número de leitos por habitantes e de estabelecimentos externos, sendo ex-

ceção o município de Piraquara, que concentra um grande número de leitos pela existência de um hospital para hansenianos e um hospital psiquiátrico, os únicos especializados mantidos pelo poder público.

O número de nascidos vivos indica a demanda desses municípios para as atividades de atendimento à gestante e à criança na rede básica tais como imunização, puericultura e pré-natal. Se ao enfermeiro cabe supervisionar a assistência prestada, só esse grupo (com exceção do município de Almirante Tamandaré que apresenta um baixo número de nascimentos, talvez por registro em local da ocorrência do parto) exigiria um número maior desses profissionais que os existentes na rede (tabela em anexo nº 3) para garantir uma assistência de enfermagem, que incluía a supervisão desse grupo para que receba no mínimo as vacinas básicas, no primeiro ano de vida e quatro atendimentos para orientações de saúde para constituir-se em um adequado cuidado de saúde.

3.2. População

Inicialmente, à época do projeto, tentou-se obter, sem êxito, em vários órgãos da categoria, o número e localização de enfermeiros atuando na rede municipal do Estado. Conseguiu-se posteriormente esses dados junto à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná que, em 1986, cadastrou os recursos humanos na área de saúde em todos os municípios do Estado.

De acordo com os dados deste cadastro, dos 323 municípios que compõem o Estado, em 22 somente havia enfermeiros com vínculo empregatício atuando em Secretarias ou Departamentos Municipais de Saúde, em nível local.

O nome e o local de trabalho dos enfermeiros atuando nesses 22 municípios foram coletados a partir deste cadastro; havia 116 enfermeiros atuando nessas Secretarias ou Departamentos. À época da coleta de dados, a composição destes profissionais havia sofrido ligeira alteração em relação ao cadastramento da Secretaria de Estado (128 enfermeiros).

Foram excluídos aqueles enfermeiros que, à época do estudo, exerciam cargos administrativos, não atuando, portanto, nos postos. Não foram entrevistados, também, os enfermeiros que se encontravam, durante o período de coleta de dados, em férias ou em licença. De acordo com esses critérios, do total de 128 enfermeiros cadastrados, 117 (91,4%) foram entrevistados, constituindo o universo da população estudada.

A população e a localização de cada um dos 22 municípios encontram-se no anexo, nº 2, enquanto que o número de entrevistados e o número de enfermeiros existentes na rede local, no período de coleta de dados, encontram-se no anexo nº 3.

3.3. Procedimentos de coleta

Pela dificuldade em se conhecer as características tecnológicas do processo de trabalho em 22 municípios, optou-se por utilizar formulários com entrevistas estruturadas e semi-estruturadas.

Os formulários foram pré-testados em enfermeiros que atuavam em postos de saúde da Secretaria Estadual de Londrina e aplicados pela autora.

Os procedimentos de coleta foram feitos de duas formas distintas:

- pelo formulário (anexo nº 4), que foi aplicado para os enfermeiros em nível central sobre questões relacionados a estrutura organizacional dos serviços municipais;

- pelo formulário (anexo nº 5), em que as questões foram anotadas no momento da entrevista até à questão 20. A partir desse número foram gravadas segundo roteiro semi-estruturado (anexo nº 6).

Ao entrevistado, após a explicação do tema da pesquisa e o seu objetivo, foi esclarecido que se manteria o anonimato, ressaltando-se que as questões do formulário nº 5 seriam analisadas em relação ao município, e, sobre as gravadas, não se explicitaria o município ou escola de origem, para impedir possíveis relações entre entrevistados e estas duas instituições.

O período de coleta correspondeu aos meses de julho de 1987 nos municípios de Rolândia, Cambé, Ibiporã; nos outros 19 municípios, de novembro de 1987 a 15 de março de 1988.

A maioria das entrevistas foi feita no local de trabalho (postos de saúde), após contato telefônico prévio para marcar data e hora e, havendo impossibilidade, durante a jornada de trabalho, no Departamento ou Secretaria de Saúde, em dias de reunião com a equipe.

As entrevistas gravadas foram transcritas pela autora e mais duas auxiliares e resultaram em 717 páginas datilografadas.

Três entrevistas tiveram questões impossibilitadas de serem transcritas por problemas técnicos do gravador. Duas em Curitiba, a partir da questão nº 17 e uma em Campo Mourão - questões 5, 6, 7 e 8.

Os dados quantitativos correspondem às entrevistas gravadas e transcritas. Após leitura das mesmas os depoimentos foram classificados em grandes grupos e codificados para processamento em computador conforme anexo nº 7.

As atividades de enfermagem foram classificadas conforme proposta de SIMÕES apud MENDES⁽⁷⁸⁾. "A prática da enfermagem em seu sentido amplo: a totalidade do exercício profissional em todas as suas áreas: assistência, ensino, pesquisa e administração."

3.4. Processamento dos dados

Após a análise dos dados utilizando-se o S.A.S. (Statistical Analyses System) e verificando-se que a riqueza dos depoimentos ficaria anulada optou-se por incorporá-los ao trabalho.

GONÇALVES⁽⁵⁶⁾, ao descrever a metodologia para estudo das características tecnológicas do trabalho em centros de saúde que utiliza depoimentos, afirma: "As informações referem-se diretamente ao processo de trabalho ou, às vezes, as suas condições de execução. Mas não são o processo de trabalho e suas condições de execução, porém uma descrição deles, que passa pelas representações.... Tomando como razoável que tais representações não se constroem de modo alheio à realidade dos serviços para formar um quadro descritivo genérico dessa realidade."

Os depoimentos serão destacados em negrito e para clarificar foram cortados expressões repetitivas, vícios de linguagem.

3.5. Variáveis

Indicadores

Organização dos serviços

Tipo de formação do enfermeiro em enfermagem de saúde pública em nível de graduação.

Características da população quanto à sua formação

Características dos enfermeiros quanto às condições de trabalho

A prática dos enfermeiros

Variáveis

Existência de programas, atribuições do enfermeiro e auxiliar de saúde, manual de normas e procedimentos, por escrito, nos municípios.

Descrição da disciplina Enfermagem de Saúde Pública quanto à ementa e, carga horária. Avaliação da disciplina pelos entrevistados.

Distribuição quanto às Instituições de sua graduação, habilitação e/ou especialização em saúde. Ano da graduação.

Tempo de trabalho no município, horas contratadas de trabalho, horas dispendidas em atividades intra e extra-posto de saúde. Número de postos e atendentes sob sua supervisão.

Atividades desenvolvidas intra-posto de saúde: administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa. Atividades de-

envolvidas extra-posto de saúde em nível central em programas de creches e escolas. Atividades com a comunidade. Participação na programação.

Clima Organizacional

Fatores que facilitam e dificultam a prática.

3.6. Tratamento estatístico

Ao se definir que a população estudada seriam todos os enfermeiros atuando no período da coleta de dados no município, esta tornou-se Universo. Para a aceitação ou rejeição da hipótese de associação entre atividades desempenhadas e escolas, o tratamento estatístico constituiu-se na aplicação do teste Z, ao nível de significância de 5%.

IV. RESULTADO E DISCUSSÃO

IV. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1. Os Cursos de Enfermagem no Paraná

O Paraná tem sete cursos de enfermagem. A localização dos cursos, a carga horária curricular e o conteúdo da disciplina enfermagem de saúde pública serão abaixo descritos.

4.1.1. Localização dos cursos

Quadro 3. - Distribuição dos cursos de enfermagem segundo a sua sede, no Estado do Paraná, 1988.

Curso	Município
Pontifícia Universidade Católica (PUC)	Curitiba
Universidade Federal do Paraná	Curitiba
Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Londrina
Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON)	Londrina
Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Maringá
Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel (FECIVEL)	Cascavel
Fundação Faculdade Municipal de Educação, Ciências e Letras	Paranavaí

A distribuição dos cursos mostra que os dois municípios que concentram maior número de habitantes, Curitiba e Londrina, ofereciam dois cursos, respectivamente.

A região Norte do Estado mantinha quatro cursos (Londrina, Maringá e Paranavaí) a sul, dois (Curitiba) e a Sudoeste, um (Cascavel).

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

O mais antigo é o da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que incorporou a antiga Escola de Enfermagem Madre Léonie. Esta escola é a primeira do Paraná e foi fundada em 01/06/1954, tendo como entidade mantenedora a Congregação de São José, pertencente a religiosas da Província do Paraná.

ARNS¹¹, referindo-se à história de sua fundação, afirma que "o mesmo grupo de médicos pioneiros que estruturou a excelente Escola de

Ciências Médicas, mais uma vez vislumbrou, com clareza e decisão, lado a lado com a Congregação de Irmãs de São José, a necessidade do suporte imprescindível da enfermagem, formando contexto seguro, na área médico-hospitalar". Surge assim a Escola, como necessidade de médicos, professores da escola médica, ligada à Santa Casa de Curitiba e da Congregação de São José, responsável pela assistência de enfermagem, na mesma.

A primeira diretora era enfermeira e religiosa e também as suas sucessoras até dezembro de 1970.

Em 1960, foi agregada à Universidade Católica do Paraná e, em 1970, passa a ser mantida pela Sociedade Paranaense de Cultura (Irmãos Maristas). Oferecia residência e alimentação às suas alunas até 1972, quando muda para o Campus Universitário e sua diretoria passa a ser de enfermeiras leigas.

A passagem das escolas de enfermagem, em 1962, para nível universitário reflete-se na Escola, que já vinha formando poucos profissionais (de 6 à 12 egressos) e, em 1964, não se apresenta nenhum candidato ao seu vestibular, e que leva a uma campanha de divulgação no Estado.

Até 1974, foi a única escola a formar enfermeiros no Paraná e ao comemorar seus 25 anos, em 1979, tinha diplomado 356 enfermeiros.

Nos seus primeiros 10 anos, (tabela em anexo nº 19) período que vai de 57 a 67, formou 78 profissionais (7,4% em 30 anos analisados). As turmas começam a ser maiores nos 5 anos seguintes, quando forma 104 (9,9%) e de 1973/83, 519 (49,4%) e nos 4 anos seguintes 1984 a 1987, 304 alunos (33,1%) num total de 1.049 egressos, seguindo o incremento que ocorre em nível nacional, relacionado ao ciclo expansivo 1967/73 e à reestruturação da universidade⁽¹⁵⁾.

O curso de Enfermagem da PUC, Pr., em 1986, tinha 8 períodos: o bacharelado era de 2.865 horas e a licenciatura 3.195 horas. As disciplinas de enfermagem de Saúde Pública estavam alocadas no sétimo período, com 30 horas teóricas e estágio supervisionado com 90 horas, e no oitavo período, correspondente a licenciatura, mais 15 horas, com a denominação de enfermagem de saúde pública II.

A ementa abrangia "noções básicas no campo de saúde pública, assim como as ações de promoção da saúde".

O objetivo era "preparar o aluno para atuar no campo de enfermagem de saúde pública, na promoção, proteção e recuperação da saúde, junto ao indivíduo, família e comunidade."

Em 1986, o conteúdo da disciplina Enfermagem em Saúde Pública abrangia, então, temas como saúde, saúde pública, imunizações, ações preventivas nas doenças preventivas por imunizantes, vigilância epidemiológica, comunidade, atenção primária à saúde, educação em saúde, situação

de saúde no Estado do Paraná e no Brasil, indicadores de saúde e estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde. O total de horas era 60, e mais de um terço, 22 horas, foi dedicada a imunizações e ações preventivas nas doenças preveníveis por imunizantes.

A tabela nº 19 em anexo 8 relaciona o número de egressos dessa escola.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (U.E.L.)

O curso de enfermagem iniciou-se em 1972, ainda sob o regime seriado, com 3 anos de duração e um total de 3.307 horas; a partir de 1973, entra em vigor o sistema de crédito.

No ano de 1976 a entrada passa a ser semestral; em 1982, sofre alterações, passando a 3 anos e meio ou 7 períodos.

É o único curso de enfermagem, no Paraná, a oferecer Habilitação em Enfermagem em Saúde Pública, a partir de 1975 com 4 vagas. Esta habilitação sofre uma interrupção até 1978, quando é oferecida de forma regular até dezembro de 1990, quando é extinta.

O currículo de 1986 totalizava 3.300 horas, com duração de 7 semestres, e a disciplina de Enfermagem de Saúde Pública era ministrada no último período, com uma carga horária teórica de 30 horas e 90 de estágio supervisionado.

O conteúdo da ementa da disciplina era "o papel do enfermeiro na solução dos problemas regionais de saúde e estágio em Unidades de Saúde Pública". O objetivo era conhecer e analisar as diferentes fases da Política Nacional e Municipal de Saúde e conhecer e realizar as ações de enfermagem em Assistência Primária de Saúde. Do seu conteúdo programático constam: Enfermagem, Política de Medicamentos, Reorganização do Sistema de Saúde, Financiamento.

A Habilitação em Saúde Pública tinha carga horária de 765 horas, tendo por objetivo "propiciar a formação do profissional de enfermagem para que possa atuar nos serviços básicos de saúde e implementar as novas diretrizes em Atenção Primária à Saúde". Os alunos desenvolviam atividades em período integral, com bolsa-trabalho e a programação dos seminários e aulas teóricas eram feitas em conjunto com os residentes.

O número de egressos está relacionado na tabela nº 20 em anexo nº 8.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

O curso de Enfermagem e Obstetrícia, do setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, obteve autorização para sua criação e implantação em 27/05/1974. O primeiro vestibular é realizado em 1975, com 40 vagas em dupla entrada, sendo 24 alunos na primeira e 16 alunos na segunda turma. A primeira turma se formou em 1978 com 10 alunos.

Em 1982, o curso passou a oferecer 2 opções: bacharelado com 3.315 horas e licenciatura com 3.765 horas; em 1985, passa a oferecer, em dupla entrada, 25 vagas para o primeiro semestre e 25 vagas para o segundo semestre.

Na periodização do currículo de 1983 a 1987, a disciplina Enfermagem em Saúde Pública e Programas de Saúde estavam no 8º período, tendo 30 horas teóricas e 135 de estágio supervisionado.

O plano de ensino 85/86, apresentava as seguintes unidades didáticas: Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Pública; Saúde e Desenvolvimento Econômico, Doenças Endêmicas, Sistemas de Manutenção e Recuperação de Saúde no Brasil; Saúde da Comunidade; Atuação da Enfermagem em Unidades de Assistência Primária à Saúde; Padrões Mínimos da Assistência Materno-Infantil, Tuberculose, Saneamento, Dermatologia Sanitária; Educação para a Saúde.

O número de egressos consta na tabela nº 21 em anexo nº 08.

FACULDADE DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E LETRAS DE CASCAVEL - (FECIVEL-FUNIOESTE)

O curso de Enfermagem e Obstetricia foi autorizado pelo decreto federal nº 82.600, de 07 de Novembro de 1978. O currículo pleno do curso de enfermagem constava de 8 semestres, com um total de 3.675 horas, incluindo graduação e licenciatura.

A Enfermagem de Saúde Pública era ministrada no 6º e 7º períodos. A Enfermagem de Saúde Pública I tinha uma carga horária total de 150 horas e a teórica, 60 horas; incluía em sua ementa temas como: prevenção primária, imunização, nutrição e saúde pública, programas de saúde. Entre os seus objetivos constava desenvolver nos alunos "conhecimento e habilidades para que seja capaz de realizar educação sanitária na comunidade e no hospital, tornar o aluno capaz de relacionar-se persuasivamente com a comunidade, atuando como agente de mudança para a melhoria do nível de saúde".

A Enfermagem de Saúde Pública II, com uma carga horária de 90 horas, tinha como ementa: a organização sanitária brasileira, processo de consulta de enfermagem, visita domiciliar, prontuário família, organização dos serviços de enfermagem, atual política de saúde brasileira. Os objetivos eram de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para dar assistência de enfermagem preventiva; o programa incluía temas como: a atual política de saúde, ações integradas de saúde (A.I.S.), Sistema Unificado e Descentralização de Saúde (SUDS) e reforma sanitária.

Em 1986, os alunos poderiam optar pelo estágio de Administração para desenvolvê-lo em Saúde Pública ou na área Hospitalar.

Número de egressos consta na tabela nº 22 em anexo nº

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ (U.E.M.)

O curso de Enfermagem e Obstetrícia foi criado em 09/04/1979 e implantado no segundo semestre de 1981, filiado ao Departamento de Farmácia-Bioquímica da U.E.M.

Os primeiros dois coordenadores foram profissionais não enfermeiros, e somente a sua terceira coordenadora é enfermeira, com a criação do Departamento de Enfermagem, no segundo semestre de 1984.

O total de carga horária do curso é de 3.030 horas (excluindo a prática desportiva): a disciplina Enfermagem em Saúde Pública era ministrada no 4º período com 90 horas teóricas e o estágio supervisionado em 60 horas. O conteúdo enfocava a assistência à enfermagem em Saúde Pública, o atendimento nas áreas de saúde da mulher, da criança e imunização, com 10 horas cada unidade, destacando-se atividades de assistência, como exame físico, avaliação nutricional, doenças mais comuns; com 4 horas, respectivamente, saúde-trabalho, saúde mental e supervisão em Enfermagem de Saúde Pública.

Esta disciplina antecedia as de enfermagem obstétrica e pediátrica e, por isso, há ênfase nesta bibliografia básica da sua ementa. A ementa constava de: Metodologia de Assistência de Enfermagem de Saúde Pública. Sistematização e programação da assistência na área materno-infantil, saúde do adulto e doenças transmissíveis. Atuação da enfermeira na comunidade através da família e de grupos organizados. Funções e atividades da enfermeira de saúde nos serviços de saúde, indústria, domicílio, hospitais, ambulatórios e postos de saúde.

Número de egressos consta na tabela nº 23 em anexo nº 08 .

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE LONDRINA (CESULON)

O CESULON obtém autorização para o funcionamento do seu curso em 19/03/1980. A entrada era semestral até 1985, quando passa a ser anual. O currículo (1980-1985), com carga horária de 3.450 horas, era integralizado em 7 períodos.

A disciplina Enfermagem em Saúde Pública era ministrada com uma carga teórica de 30 horas e o estágio supervisionado em 90 horas no 4º período.

A ementa teórica contemplava o papel do enfermeiro na solução dos problemas de saúde, organização dos serviços de enfermagem em unidades de saúde, desenvolvimento de programas de saúde pública e o atendimento de enfermagem.

O conteúdo programático apresentava 3 unidades: I. O processo de enfermagem; II. A família; III. Princípios científicos na intervenção de enfermagem de saúde pública com a família.

Neste currículo, a Introdução à Enfermagem I, no 3º período, era o primeiro contato com a área profissionalizante, tinha um conteúdo teórico de educação em saúde, política nacional de saúde, modelo de atenção primária à saúde, política de medicamentos, em 30 horas e o estágio supervisionado, com 90 horas, em unidades de saúde da Prefeitura Municipal de Londrina, Centro de Saúde da Secretaria Estadual, visita a ambulatórios, serviços de extensão rural e atividades educativas junto a comunidade de baixa renda.

Em 1986, um novo currículo é implantado em regime seriado com 3.390 horas, distribuídas em 4 anos; a disciplina Enfermagem de Saúde Pública e Doenças Transmissíveis está alocada no 4º ano com 60 horas teóricas e 120 de estágio supervisionado.

O número de egressos consta na tabela nº 24 em anexo nº

FUNDAÇÃO FACULDADE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E LETRAS DE PARANAVAI

O curso de Enfermagem e Obstetrícia teve autorização para o seu funcionamento em 16/02/81 e inicia as atividades no 2º semestre letivo de 1982. O reconhecimento foi feito em 10/03/1987.

A duração do curso somava 3.000 horas (excluídas as horas/aula de Estudos de Problemas Brasileiros e Prática Desportiva) e o tempo mínimo para integralização era de 7 semestres ou 3 anos e meio.

A 1ª turma formou-se em 1986 (1º semestre). A carga horária da disciplina Enfermagem de Saúde Pública era dividida em 90 horas teóricas e 60 práticas e ministrada no 6º período. O conteúdo programático compunha-se de 8 unidades; doenças infecto contagiosas; imunização; rede de frio; medidas preventivas, história natural das doenças; demografia; previdência social no Brasil; programas de saúde pública.

O número de egressos consta na tabela nº 25 em anexo nº 08.

Fig.1 - Evolução do número de egressos das escolas de enfermagem do Paraná, 1957 - 1987.

Os cursos superiores de enfermagem do Paraná formaram 2.369 enfermeiros até 1987 (tabela 17, em anexo nº 1).

Ao se analisar a evolução de egressos, verifica-se que a partir de 1978 há um aumento crescente, com exceção do ano de 1981, quando há uma leve queda em relação aos anos anteriores. Porém, o aumento crescente se deve à criação e reconhecimento de novas escolas e não ao aumento da demanda para os cursos de enfermagem.

O último ano estudado apresenta uma diminuição pela possível tendência à evasão, pela baixa procura dos cursos de enfermagem, fenômeno observado em outros estados do Brasil e também nos Estados Unidos, em que escassez de enfermeiros no mercado tem levado a aceitar profissionais de outros países⁶⁵.

4.1.2. Análise da disciplina Enfermagem de Saúde Pública na grade curricular dos cursos de Enfermagem do Paraná

Quadro 4 - Distribuição da carga horária da disciplina Enfermagem de Saúde Pública, segundo Escolas de Enfermagem do Paraná, 1988.

Escolas	Carga horária		
	Teórica	Prática	Total
PUC	30	90	120
UEL	30	90	120
CESULON	30	90	120
FECIVEL	60	90	150
UEM	90	60	150
FEDERAL	30	135	165
PARANAVAÍ	90	60	150

A disciplina Enfermagem de Saúde Pública faz parte do currículo das 7 escolas de enfermagem.

No período estudado a carga horária constante da grade curricular variou de um mínimo de 120 a 165 horas. Era ministrada em duas escolas, no início do profissionalizante e nas outras 5, no final do curso.

As disciplinas, ministradas no início, tinham um conteúdo teórico programático voltado para procedimentos técnicos, tendo em vista a necessidade dos alunos as desempenharem durante o estágio supervisionado em saúde pública e por serem o seu primeiro contato com o cliente.

Uma única escola relaciona, em seu programa, a consulta de enfermagem e outras duas o processo e a metodologia de assistência de enfermagem, respectivamente. Tais temas podem apontar uma tendência em con-

siderar, nas atribuições do enfermeiro de saúde pública, atividades próprias e específicas de sua competência - e a consulta de enfermagem seria uma delas. Essa concepção tem por fundamento que o enfermeiro é um profissional independente, autônomo e o seu objeto de trabalho é o cuidado individualizado.

A indicação bibliográfica do livro de LEAVELL & CLARK - em que a saúde é vista como resultante do equilíbrio entre hospedeiro, o agente e o meio - em 5 escolas e nenhum dos autores de epidemiologia social podem indicar que a saúde/doença ainda eram vistas sob o ângulo da multicausalidade e não como um processo de caráter histórico e social^(26, 73, 82).

As políticas de saúde constituíam o conteúdo teórico de uma escola e, em outra, temas como Reforma Sanitária, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde faziam parte da disciplina Enfermagem em Saúde Pública II.

Nenhuma escola contemplava temas voltados para o planejamento em saúde e programação, detectando-se pouca ênfase nas atividades de administração aplicadas a saúde pública.

A pequena carga horária teórica, 30 horas em 4 escolas, impossibilita incluir uma série de conteúdos necessários ao desempenho do profissional em serviços de saúde pública, como a variação de rotina, o controle da tuberculose e hanseníase, o programa de atenção a saúde da criança e da mulher, educação em saúde, e participação comunitária.

Duas escolas tinham o conteúdo teórico maior que o prático. Em uma delas a disciplina, que tinha uma carga horária de 90 horas para o teórico, era ministrada no início do profissionalizante e, como já referido, um conteúdo voltado para a área materno-infantil. A metade dos cursos incluía a comunidade como tema. Pela bibliografia constante dos programas não foi possível aferir qual o enfoque dado à participação comunitária, com exceção de uma escola, em que um dos seus objetivos era "ensinar o aluno a atuar persuasivamente com a comunidade." Essa palavra pode estar ligada às ações de convencer, induzir, em contraponto às propostas da Assistência Sanitária Primária de Saúde, que é no sentido de desmonopolização do saber. O município, onde essa escola localiza-se, era o que tinha o eixo do seu trabalho em atividades grupais, na utilização de promotoras de saúde e até a planta física dos postos recém construídos apresentava-se com uma estrutura diferente dos demais municípios estudados: 3 ou 4 salas para atividades de consulta médica, de enfermagem e atividades das atendentes e um grande salão para reuniões com grupos da comunidade, sob a responsabilidade da assistente social.

4.2. A organização das Secretarias ou Departamentos de Saúde Municipais quanto à programação, manual de normas e atribuições da enfermagem

Tabela 1 - Distribuição quanto a presença ou ausência de algumas variáveis organizacionais, em 22 municípios do Estado do Paraná, 1988.

MUNICÍPIOS	ATRIBUIÇÕES				PROGRAMAS		MANUAL DE	
	ENFERMEIRO		AUXILIAR		DE SAÚDE		NORMAS	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Almirante Tamandaré	-	+	-	+	-	+	+	-
Apucarana	+	-	-	+	+	-	+	-
Arapongas	-	+	-	+	-	+	-	+
Araucária	+	-	+	-	+	-	+	-
Cambé	+	-	+	-	+	-	+	-
Campo Mourão	+	-	+	-	+	-	+	-
Cascavel	-	+	-	+	-	+	-	+
Curitiba	+	-	+	-	+	-	+	-
Foz do Iguaçu	+	-	+	-	-	+	-	+
Guarapuava	-	+	-	+	-	+	-	+
Ibiporã	+	-	+	-	+	-	+	-
Jaguariaíva	-	+	-	+	-	+	-	+
Londrina	+	-	+	-	+	-	+	-
Maringá	-	+	-	+	+	-	+	-
Palotina	+	-	+	-	-	+	-	+
Piraquara	-	+	-	+	-	+	-	+
Ponta Grossa	-	+	-	+	-	+	-	+
Pranchita	-	+	-	+	-	+	-	+
Rio Branco do Sul	-	+	-	+	-	+	-	+
Rolândia	+	-	-	+	+	-	+	-
São José dos Pinhais	+	-	-	+	-	+	-	+
Toledo	-	+	-	+	-	+	-	+
TOTAL	11	11	08	14	09	13	10	12

Menos de 1/3 dos municípios estudados tinham presentes as variáveis pesquisadas e, destes, 5 situam-se na região norte do Paraná (Cambé, Ibiporã, Campo Mourão, Londrina e Rolândia) pioneiras na implantação de serviços municipais de Saúde e na prática de assistência primária, bem como Curitiba, e estes foram classificados como organizados.

Na metade dos Municípios foram relacionadas as atribuições dos enfermeiros. Quase 40,0% não dispunham de documentos escritos com as

atribuições dos Auxiliares de Saúde; porcentagem um pouco mais alta (45,4%) relata a existência de manual de normas, procedimentos e rotinas elaborados próprios para consulta nos Postos de Saúde. Ao adicionar-se os manuais, editados pela Secretaria de Saúde e Bem Estar Social do Paraná, utilizados por alguns Municípios (Arapongas, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais) o percentual é um pouco mais alto (59,1%), mas ainda baixo, se considerar que são poucos os municípios que possuíam enfermeiro, supervisionando diariamente os auxiliares de saúde, como Cambé, Araucária, Cascavel e Curitiba e não de forma eventual como nos outros.

A utilização de normas tem sofrido críticas por levar a um mecanicismo no atendimento ao cliente ou à burocratização no sentido negativo da palavra (esquecem-se os fins em função dos meios), porém o trabalho coletivo necessita ser organizado de forma racional⁵⁶.

Os programas de saúde foram referidos em 40,9% dos municípios. Nesse trabalho não foi considerado se estes programas utilizavam alguma técnica de planejamento, e/ou programação em saúde para o levantamento das necessidades sociais da população, tendo por base dados epidemiológicos como o proposto pela CENDES/OPS².

A prática de planificação em saúde no Brasil tem a Fundação SESP, como uma das pioneiras, programando algumas atividades de saúde, antes mesmo da formulação do método CENDES-OPAS, que é elaborado em 1965 e está baseado na idéia de eficiência na utilização de recursos, custo-benefício e no privilegiamento da programação local.

Um dos próprios autores dessa técnica, TESTA, ao fazer a revisão crítica da utilização desse método e em sua proposta apud RIVERA¹⁰⁵ incorpora elementos do modelo CENDES/OPAS no seu diagnóstico administrativo, tais como: análise dos recursos, acesso populacional aos serviços, estrutura da população e das doenças.

Apesar das críticas ao planejamento normativo, em não considerar a viabilidade política e a existência de atores sociais que aderem ou podem oferecer resistência a uma decisão tecnocrática em saúde, não se pode ainda dispensar elementos do seu diagnóstico. Se esse modelo estivesse sendo utilizado nos serviços de saúde municipais, teríamos uma prática dos profissionais com pelo menos uma visão dos grupos prioritários a serem atendidos e avaliação da sua ação.

SHRAIBER¹¹¹ considera a técnica de programação local um referencial para ações de planejamento ascendente para a formulação de um plano de alcance nacional.

A ausência de programação pressupõe que, mesmo de forma rudimentar, configuram-se dois modelos assistenciais, denominados pela autora acima citada, um de "consulta" e o outro de controle, sobre

a doença/saúde.

No primeiro caso, seria a produção de assistência médica individual, feita pelos médicos clínicos e os demais trabalhadores organizando-se em função dessa forma de assistência; no segundo, o trabalho sanitário de proteção e promoção de saúde, poderá, em alguns programas, envolver ações de diagnóstico e tratamento¹¹¹.

4.3. Características da população estudada

4.3.1. Escolas de Graduação

TABELA 2 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos de saúde municipais, segundo as escolas de graduação, Paraná, 1988.

ESCOLA	Nº	%
Pontifícia Universidade Católica	37	31,6
Universidade Estadual de Londrina	26	22,2
Universidade Federal do Paraná	16	13,7
FECIVEL	16	13,7
CESULON	8	6,8
Universidade Estadual de Maringá	4	3,4
Outras*	10	8,6
T O T A L	117	100,0

Outras: * Santa Maria, USP Ribeirão Preto, Federal do Rio de Janeiro, Presidente Prudente, Caxias do Sul, Concórdia, Pelotas, Tubarão, Munich, Dom Domênico, (todas com frequência um).

O maior número de graduados era da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que, somados aos da Universidade Federal do Paraná, perfaziam 45,3%. Esse fato pode ser explicado pelo grande número de entrevistados alocados nos serviços de saúde do município de Curitiba e região metropolitana.

A mesma análise pode ser feita em relação à Universidade Estadual de Londrina e aos municípios da região norte do Paraná.

Os enfermeiros, formados em outras escolas, aparecem com baixa frequência (8,6%) e foi grande a diversidade das faculdades de origem.

4.3.2. Ano da graduação

TABELA 3 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos municipais segundo ano da graduação, Paraná, 1988.

ANO DE GRADUAÇÃO	Nº	%
Antes de 1975	02	1,7
75 —— 76	01	0,9
77 —— 78	08	6,9
79 —— 80	09	7,7
81 —— 82	20	17,1
83 —— 84	35	29,9
85 —— 86	42	35,8
T O T A L	117	100,0

A maior parte dos enfermeiros (65,8%) formou-se há menos de 5 anos e, destes, 35,8% nos anos de 1985/86, o que demonstra uma parcela bastante expressiva de recém graduados e, em consequência, com pouco tempo de experiência profissional.

4.3.3. Habilitados em Enfermagem de Saúde Pública segundo Instituições de Ensino

TABELA 4 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos municipais segundo cursos de habilitação em saúde pública, Paraná, 1988.

INSTITUIÇÕES DE ENSINO	Nº	%
Universidade Estadual de Londrina	12	63,1
Pontifícia Universidade Católica/Sorocaba	03	15,7
Universidade Estadual do Rio de Janeiro	01	5,3
Presidente Prudente	01	5,3
E.E. Ribeirão Preto/USP	01	5,3
Escola Paulista de Enfermagem	01	5,3
T O T A L	19	100,0

É baixo o percentual dos que possuem formação específica na área, comparando-se com a Região Sul como um todo, em que o percentual foi de 55,9% com curso de Habilitação em 1983 (23).

A Habilitação em Saúde Pública foi cursada por 16,2% dos

enfermeiros. O município de Londrina contava em seus quadros com 8 habilitados (15,3%) e o município de Cambê tinha 80% dos pesquisados com este curso, seguidos de Maringá com 75,0%, Londrina (53,3%) e Ibiporã (50,0%), todos estes na região Norte do Paraná, justificado pela absorção de profissionais, oriundos da Universidade Estadual de Londrina, única faculdade no Paraná a oferecer Habilitação em Saúde Pública.

Habilitaram-se nos anos de 1984, 1985 e 1986, 15 enfermeiros, 5 em cada ano, o que representa 78,9% dos habilitados.

4.3.4. Especializados em Saúde Pública segundo Instituições de Ensino

TABELA 5 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos municipais segundo cursos de especialização em Saúde Pública, Paraná, 1988.

ESCOLA	Nº	%
Universidade de Ribeirão Preto	14	45,2
Fundação Oswaldo Cruz	07	22,6
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	06	19,4
Secretaria Estadual de Saúde do Paraná	02	6,4
Faculdade de Saúde Pública/USP	01	3,2
Faculdade Evangélica do Paraná	01	3,2
T O T A L	31	100,0

A proporção de enfermeiros com especialização foi de 28,0% em relação ao total e é proporcionalmente maior, quando comparado com a Habilitação em Saúde Pública (16,3%), em razão da oferta superior de vagas desses cursos. Mas assim mesmo é baixo o número de especialistas, levando-se em consideração a pequena carga horária em Saúde Pública, oferecida nos cursos de graduação.

Dez municípios não tinham em sua rede, em nível local, nenhum profissional com habilitação ou especialização: Almirante Tamandaré, Arapongas, Cascavel, Guarapuava, Jaguariaíva, Palotina, Piraquara, São José dos Pinhais, Toledo, Ponta Grossa, (esta última, no momento da pesquisa, oferecia, em convênio com a FIOCRUZ, curso de especialização para enfermeiros e médicos de seus postos de saúde).

A UNAERP foi a escola que mais formou especialistas, por ser a instituição que tem oferecido este curso em Curitiba e Londrina, com regularidade em relação à Universidade Católica do Paraná, que ministrou um curso e a FIOCRUZ, que, em convênio com a Secretaria de Saúde Bem Estar So-

cial do Paraná, realizou dois cursos em Londrina e três em Curitiba.

Outro fator, a ser considerado na formação desses especialistas, é a forma com que os cursos da UNAERP são ministrados, em finais de semana, favorecendo a frequência dos que estão trabalhando, mas ao mesmo tempo podendo levar a uma baixa qualidade de ensino, pela falta de prática e concentrada carga horária.

As Universidades paranaenses, tanto as Estaduais e a Federal, deveriam proporcionar cursos de especialização para estes profissionais, em convênio com as Secretarias ou Departamentos municipais de saúde, como ocorria desde 1970 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Secretaria Estadual de Saúde¹²⁹.

Uma das entrevistadas informou que especializou-se em curso ministrado na Faculdade Evangélica de Londrina, mas não se obteve maiores dados sobre este curso.

No Brasil, em 1983, nos estabelecimentos não hospitalares, 41,9% dos enfermeiros contavam com o curso de especialização em Saúde Pública e na Região Sul 24,6% (36). Os percentuais desse estudo são superiores aos da Região Sul em 1983, mas inferiores ao do Brasil na mesma época.

4.3.5. Tempo de trabalho nos municípios estudados

TABELA 6 - Número e porcentagem dos enfermeiros em postos de saúde municipais segundo tempo de trabalho, Paraná, 1988.

TEMPO DE TRABALHO (ANOS)			ENFERMEIRO	
			Nº	%
0	———	1	30	25,6
1	———	2	39	33,3
2	———	3	28	24,7
3	———	4	07	5,9
4	———	5	09	7,6
5	———	6	01	0,8
6	———	7	01	0,8
7	———	8	01	0,8
8 e mais			01	0,8
T O T A L			117	100,0

Mais da metade dos profissionais estava atuando há menos de 2 anos na rede municipal, fato que pode estar associado à expansão dos serviços municipais a partir da assinatura do convênio de Assistência In-

tegrada de Saúde (AIS), em setembro de 1986, no Estado do Paraná.

Os municípios de Araucária, Cambê, Curitiba, Londrina e Toledo apresentavam 13 enfermeiros com mais de 4 anos de trabalho nos postos de saúde, o que corresponde a 11,1% dos entrevistados, mas tratava-se de serviços municipais organizados há mais tempo.

Esses percentuais diferem do tempo de serviço dos enfermeiros no Departamento Regional de Saúde - DRS6 - Ribeirão Preto, estudados por STEAGALL - GOMES¹²¹, que encontrou com menos de 5 anos 48,6% e com mais de 10 anos 22,8% e do estudo COFEN/ABEN³⁶, em que 32,7% dos enfermeiros lotados em nível central, em Secretarias Municipais, tinham 32,7% com 10 anos e 10,2% com menos de 1 ano.

Os recém graduados eram muitas vezes os primeiros enfermeiros no serviço, iniciando o seu trabalho sem ter à sua disposição enfermeiros experientes, que poderiam atenuar o chamado choque da realidade no seu período de socialização no trabalho.

4.3.6. Carga horária contratual

TABELA 7 - Número e porcentagem de enfermeiros em postos de saúde municipais segundo horas de trabalho contratadas por semana, Paraná, 1988.

HORAS SEMANAIS CONTRATADAS	Nº	%
18	01	0,8
20	03	2,6
24	01	0,8
30	47	40,2
35	06	5,1
40	56	47,9
48	03	2,6
T O T A L	117	100,0

A maioria dos enfermeiros faziam uma jornada de 40 horas semanais, seguida pela de 30 horas. O município de Curitiba tinha uma jornada de 30 horas para os enfermeiros, mas aos que exerciam função de chefia era oferecida a possibilidade de 10 horas-extras, perfazendo um total de 40 horas.

Pode-se questionar se uma jornada de 30 horas ou menos em postos de saúde, com 2 turnos de trabalho em sua maioria ou em 3 turnos e uma rede com grande proporção de pessoal auxiliar, necessitando de supervisão cons-

tante e com múltiplas atividades, é a melhor para o enfermeiro de saúde pública recém-formado.

Embora a redução de jornada de trabalho seja uma conquista da classe trabalhadora, o Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem consideram a carga horária semanal de 40 horas excessiva para as categorias de enfermagem em estabelecimentos de saúde. No entanto a Comissão de Recursos Humanos da 8ª Conferência Nacional de Saúde recomendava também a jornada de 40 horas semanais.

Os municípios, que contavam com enfermeiros em regime de trabalho de 40 horas semanais contratadas, eram Almirante Tamandaré, Apucarana, Campo Mourão, Ibiporã, Jaguariaíva, Cascavel, Guarapuava, Palotina, Ponta Grossa, Pranchita, Rio Branco do Sul, Rolândia e Londrina. Nesse último, duas, a pedido, reduziram a carga horária para vinte horas.

O Posto de Saúde como um ambulatório hospitalar não se apresenta como um trabalho sobre pressão, características de um pronto socorro ou de uma unidade de terapia intensiva, onde as decisões sobre vida/morte são frequentes, os pacientes são graves e portanto menos desgastante sob esse ponto de vista⁷⁰. O maior tempo de permanência no trabalho e um único vínculo empregatício possibilitam um maior envolvimento com as propostas de trabalho da instituição. Se isso não acontece é porque as políticas sociais vigentes não favorecem a uma remuneração dos profissionais, que permitam essa escolha.

4.3.7. Horas de trabalho intra e extra Postos de Saúde

TABELA 8 - Número e porcentagem de horas de trabalho intra e extra-posto de saúde dos enfermeiros em postos de saúde municipais, Paraná, 1988.

HORAS DE TRABALHO	INTRA-POSTO		EXTRA-POSTO	
	Nº	%	Nº	%
Sem carga horária	—	—	14	12,0
01 —— 05	—	—	53	45,3
05 —— 10	—	—	23	19,6
10 —— 15	05	4,3	06	5,1
15 —— 20	07	6,0	05	4,3
20 —— 25	18	14,5	11	9,4
25 —— 30	24	21,4	02	1,7
30 —— 35	32	27,3	02	1,7
35 —— 40	27	23,0	—	0,0
40 e mais	03	2,6	—	0,0
Sem informação	01	0,9	01	0,9
T O T A L	117	100,0	117	100,0

As horas extras consideradas foram as dispendidas em atividades, que exigiam o deslocamento do enfermeiro para outro local. A maioria eram atividades não ligadas a programas desenvolvidos pelo Posto de Saúde, com exceção do município de Curitiba, em que foram computadas horas dedicadas ao trabalho em creches e escolas, constantes dos programas da Secretaria. Nesse município, as reuniões em nível central eram realizadas de forma rotineira com as chefias do P.S. e 21 enfermeiros dispunham de 4 horas para essa atividade.

Do total de entrevistados, 14 (12,0%) declararam não ter horas de trabalho fora do posto de saúde. Tinham menos de 5 horas por semana de atividades fora do Posto de Saúde 45,3%. Estas horas são necessárias, considerando que deve existir, com certa periodicidade, reuniões da equipe em nível central para discussões, normatização, reciclagens, pois a rede é dispersa, não concentrando em um único local os profissionais.

Os que dispendiam mais de 10 horas estavam deslocados para atividades em nível central, como por exemplo, nos municípios de Apucarana e Rolândia, em que as atividades de coordenação eram de todos os profissionais entrevistados, ou em outros como Londrina, onde os enfermeiros estavam participando de treinamento de auxiliares de saúde ou de comissões para

normatização de rotinas.

4.3.8. Relação numérica Atendentes/Enfermeiros

TABELA 9 - Relação numérica de enfermeiros por atendentes segundo municípios e média de atendentes por enfermeiro, Paraná, 1988.

MUNICÍPIO	ENFERMEIRO Nº	ATENDENTE		MÉDIA POR ENFERMEIRO
		RURAL	URBANO	
Almirante Tamandaré	02	09	10	9,5
Apucarana	03	04	14	6
Arapongas	02	01	06	3,5
Araucária	06	10	22	5,3
Cambé	05	—	31	6,2
Campo Mourão	03	07	12	6,3
Cascavel	11	01	10	1
Curitiba	41	—	522	12,7
Foz do Iguaçu	03	—	25	8,3
Guarapuava	02	12	29	20,5
Ibiporã	02	02	11	6,5
Jaguariaíva	01	04	04	8
Londrina	15	17	62	5,2
Maringá	04	01	26	9,2
Palotina	02	05	07	6
Piraquara	01	09	03	12
Ponta Grossa	04	06	24	7,5
Pranchita	01	02	04	6
Rio Branco do Sul	01	16	07	23
Rolândia	03	04	06	3,3
São José dos Pinhais	01	07	07	14
Toledo	04	14	11	6,2
T O T A L	117	131	853	8,4

A média de auxiliares de saúde por enfermeiro apresentou grande variabilidade de município para município. Isto está condicionado à estrutura organizacional dos postos de saúde, em que municípios como Curitiba, tinham em cada posto, 1 enfermeiro e 14 auxiliares de saúde e Cascavel em que esta relação enfermeiro/atendente era 1 por 1.

O número de atendentes e a relação por enfermeiro apresentou valores próximos aos encontrados pelo estudo COFEN/ABEN²⁹ em que 86,2%

da força de trabalho nos postos de saúde correspondiam a atendentes e a relação enfermeiro/atendente em Centros de Saúde era de 8,2%, os achados desse estudo foram 88,1% e 8,4, respectivamente.

Os municípios apresentaram grande variabilidade na relação numérica enfermeiro/atendentes (inclui auxiliares de saúde, agentes de saúde, diferentes nomes, mas todos com treinamento de 3 meses e muitas vezes menos ainda).

A proporção foi maior na capital, Curitiba, onde a rede de postos oferecia consultas nas especialidades básicas (clínica, pediatria e ginecologia) e atividades como atendimentos a creches e escolas da área programática em 3 turnos de atendimento, exigindo maior número de atendentes para o apoio dessas atividades.

A carga horária contratual, no período estudado, era de 30 horas e o número de atendentes por turno em média era de 3, variando em função do número de médicos no posto.

Num outro extremo, o município de Cascavel apresentava uma relação: enfermeiro/atendente de 1:1, mesmo em postos de zona urbana. (Comumente, os postos de zona rural não tem médico ou enfermeira permanentes e tem só um auxiliar de saúde, não justificando, pelo número de habitantes, uma equipe com mais profissionais ou ocupacionais.)

Um agravante dessa relação era a rígida divisão de atividades entre o enfermeiro e o atendente. Isso impossibilitava, no caso de falta de qualquer dos elementos, a continuidade do trabalho e mesmo o mecanismo de deslocamento de um profissional para as substituições em faltas ou férias.

A municipalização desloca para o poder local a decisão de implantar o seu modelo assistencial e a provisão dos recursos necessários para a sua implementação. A ausência de programação, em muitos municípios estudados, indica que a alocação de recursos não estava baseada em parâmetros, sejam eles da oferta ou da demanda.

4.3.9. Postos de Saúde sob supervisão do enfermeiro

TABELA 10 - Relação numérica dos enfermeiros segundo municípios e postos de saúde sob sua supervisão, Paraná, 1988.

MUNICÍPIOS	POSTOS Nº	ENFERMEIROS %	MÉDIA
Almirante Tamandaré	07	02	3,5
Apucarana	10	03	3,3
Arapongas	03	02	1,5
Araucária	08	06	1,3
Cambé	07	05	1,4
Campo Mourão	12	03	4
Cascavel	11	11	1
Curitiba	41	41	1
Foz do Iguaçu	09	03	3
Guarapuava	24	02	12
Ibiporã	05	02	2,5
Jaguariaíva	05	01	5
Londrina	29	15	1,9
Maringá	09	04	2,2
Palotina	10	02	2,5
Piraquara	04	01	4
Ponta Grossa	20	04	5
Pranchita	03	01	3
Rio Branco do Sul	09	01	9
Rolândia	06	03	2
São José dos Pinhais	11	01	11
Toledo	17	04	4,2
T O T A L	260	117	2,1

Os 117 enfermeiros supervisionavam 171 postos na zona urbana e 89 na zona rural; com exceção dos municípios de Curitiba e Cascavel, que tinham 1 enfermeiro por posto de saúde, os outros não alcançavam esta média. Guarapuava e São José dos Pinhais tinham uma média de 12 e 11 postos para cada enfermeiro, respectivamente.

O grande número de postos sob a supervisão do enfermeiro levava a presença do profissional somente parcialmente no local de trabalho, dificultando o processo de supervisão dos auxiliares de saúde e o desenvolvimento de outras atividades.

4.4. A prática dos enfermeiros

4.4.1. Atividades Administrativas

QUADRO 5 - Número e porcentagem de atividades administrativas intra-posto de saúde relacionadas pelos enfermeiros em municípios do Paraná, 1988.

ATIVIDADES	Nº	%
Supervisão de auxiliares de saúde	90	76,1
Organização do serviço	55	47,0
Coordenação de programas	37	31,6
Elaboração de relatórios/Escalas	44	39,1
Direção de Postos de Saúde	30	25,6
Reuniões com equipe	7	6,0

4.4.1.1. Supervisão

A supervisão foi a atividade administrativa mais referida pelos enfermeiros. Apresentou-se com diferentes características, tendo em vista a estrutura organizacional heterogênea dos municípios, em relação ao número de postos por enfermeiros e o número de auxiliares de saúde sob sua supervisão analisados nas tabelas 9 e 10.

Os depoimentos permitem visualizar que havia 6 diferentes maneiras de desempenhar a atividade:

a) Supervisão Educativa.

"dentro da supervisão a gente faz educação continuada, temos reuniões semanais onde, na medida do possível, quando há dificuldade no assunto... então a gente vai e discute alguma coisa, mas assim bem esporádica."

b) Supervisão prestando atendimento.

"vou na zona rural, quero fazer pós (consulta) porque eu quero ler a pré. Não quero ficar em cima do paciente questionando: ver a pré, ver se bate com o diagnóstico, conferir a pós-consulta, é uma reciclagem constante."

"Acompanho o trabalho desenvolvendo tarefas junto com os próprios agentes de saúde."

c) Supervisão fiscalizadora.

"A supervisão no meu entender, a supervisão é isso: é a gente checar se está visto geladeira... é ver se eles estão orientando direitinho."

d) Supervisão indireta e por Telefone.

"Não existe supervisão direta à noite, a gente faz indiretamente. Por trabalhar no período de dia no posto você acaba sendo responsável por esse período. Então automaticamente no dia seguinte você chega e "oh, como é que foi no dia anterior? quais os tipos de problemas?" Você acaba olhando os relatórios, as anotações dos diagnósticos, assim para ter uma idéia de como foi a demanda. Volta e meia o que aconteceu, ele (o auxiliar) liga para minha casa: olha, diz aí, o que eu faço? E assim você acaba indiretamente fazendo supervisão."

e) Supervisão à distância.

"É uma supervisão à distância realmente. Por exemplo, não temos dias fixos para ir lá. Varia muito pelas circunstâncias em que me encontro aqui e pelas circunstâncias de recursos para me locomover daqui... Então a gente passa por lá, quer saber as queixas, o que está faltando. Fora isso, a menina de lá... A gente tem um sistema: se ela precisa alguma coisa ou que eu precise ir lá pra resolver alguma situação, ela manda bilhetinho e a gente vai. Mas para isso, a gente passa por lá uma ou duas vezes por semana, tem semana que a gente passa sem ver."

f) Supervisão Verbal.

"Mas a supervisão mesmo é verbal e quando eu chego lá, tem dias que eu fico a manhã toda em um posto ou só 10, 20 minutos em cada posto.

O que está faltando ou o que aconteceu de anormal? pra regularizar. (supervisora de 7 postos, 1 ano de formada e 4 meses de trabalho no município)."

As justificativas, para que a função não estivesse sendo desempenhada entre os entrevistados, foram:

a) Demanda excessiva por falta de recursos humanos e/ou acúmulo de atividades.

"É meio utópico esse termo viu, porque quando você acaba indo para o posto, você acaba tocando o serviço."

"... quando falta um funcionário, aí venho, tomo o lugar do funcionário, faço o serviço."

b) Carga Horária Insuficiente para supervisão.

"A gente tem 4 horas para cada posto, então a gente acompanha assim de leve, porque realmente não tem condições."

As críticas de enfermeiros, que tinham mais de um posto para supervisionar, levaram os profissionais a dar algumas denominações: dando um novo significado ao termo (supervisão sem suas raízes no latim, onde significa olhar por cima).

"Nós estamos dando até um apelido: não é super-visão, é micro-visão."

Uma das entrevistadas fora da entrevista a denominou de supervisão "beija-flor", isto é, que se assemelha a ave que passa rapidamente de flor em flor.

Em um município com um grande número de postos e enfermeiros em pequeno número, duas entrevistadas depoem:

"A função, que eu fui contratada desde o início, é a supervisão. Supervisão nestes cinco postos de saúde! Eu, no início, particularmente briguei, briguei comigo mesmo. Eu não vejo no trabalho de enfermagem, eu não vejo que me gratifique pessoalmente fazendo supervisão: ficando de posto em posto, levando vacina para um, vendo o que está errado no outro, apagando incêndio aqui, consertando outro aí."

"A supervisão não é você ir lá e dar uma chegadinha. Acho que fica uma coisa fora da realidade daquele posto. De repente, você vai lá uma vez por semana e quer supervisionar o Posto."

Os recursos humanos escassos, em relação ao número de postos, auxiliares de saúde e enfermeiros, a distância e as dificuldades de transporte levam ao estabelecimento de mecanismos que compensam a ausência de supervisor como "supervisão indireta", "à distância" e por "telefone" (nesse último caso, quando os postos dispõem de telefone).

A supervisão no sentido mais amplo ocorre, quando existe um acompanhamento do trabalho de um superior sobre o trabalho de um subordinado.

Para CHIAVENATO^{31, 32} esta se enquadra na "função de direção que ocorre no nível operacional, em que são os únicos administradores que dirigem atividades de pessoas não administrativas, que executam tarefas especializadas ou fragmentadas" e os considera administradores de primeira linha, responsável pelas operações diárias e imediatas.

O enfermeiro pode ser considerado um supervisor de primeira linha, na medida em que, dentro da instituição hospitalar ou de saúde pública, tem sob sua responsabilidade ocupacionais (atendentes ou auxiliares de saúde) que executam tarefas fragmentadas.

O supervisor de primeira linha, segundo este autor, apresenta as seguintes características, que podem ser aplicadas aos enfermeiros em sua atividade de supervisão:

a) representam a administração frente ao pessoal de execução e opera-

ção, pois são eles que verificam se as regras, os regulamentos, procedimentos políticos e diretrizes vindo de cima para baixo, estão sendo cumpridos;

b) precisam reconhecer o trabalho que supervisionam com relativa profundidade, necessitando de habilidade técnica para poder instruir, desenvolver, dirigir e avaliar técnicos e demais subordinados (perícia técnica);

c) devem se comunicar em duas linguagens distintas: a dos administradores e não administradores, que exijam abordagens diferentes quanto a motivação, comportamento e valores;

d) apresentam dificuldades quanto à sua identificação e colocação dentro da hierarquia na empresa. Não são executores, mas também não são facilmente aceitos pelos outros administradores de nível mais elevado;

A exigência, por um lado da administração, para que a tarefa se cumpra e, de outro lado, a sua relação com os subordinados, que querem ser tratados como seres humanos e que se considerem os seus sentimentos, colocam os supervisores numa situação de conflito de papéis de difícil solução.

e) têm a sua autoridade restringida, embora, em muitas empresas pequenas, os supervisores podem ter autoridade completa na sua área de atuação. Em muitos casos os supervisores ficam na fatia do meio do sanduiche, recebendo pressão dos dois lados: um, representando os interesses da administração e, outro lado, o interesse dos empregados.

Muitos supervisores, no caso das empresas, são promovidos e nomeados das fileiras de funcionários mais hábeis e ou experientes, diferentemente dos enfermeiros que assumem esta atividade, recém egressos de uma faculdade; isto, muitas vezes se deve à falha em torná-lo um perito nas atividades desenvolvidas pelos auxiliares de saúde, seus subordinados, em um serviço, que nem sequer tem um treinamento inicial (em muitos municípios os enfermeiros entrevistados eram pioneiros na Secretaria ou Departamento de Saúde; assumiam essa função agravando a crise de identidade e ou o conflito de papéis.)

Uma outra linha de análise apresenta GORZ³⁹ ao discutir o papel do técnico na gestão, considerando que, mesmo em empresas que não são suficientemente racionalizadas, o mal estar dos técnicos tem motivos estruturais ligados ao tipo existente da divisão do trabalho e não como fazem os tecnocratas - em que todos os problemas não passam de problemas de organização.

GONÇALVES⁵⁶, ao analisar as características tecnológicas do trabalho de enfermeiros em 11 Centros de Saúde de São Paulo, observa que o

termo supervisão engloba técnicas burocráticas - autoritárias, como o controle de livro ponto, horário de funcionário, que são rejeitados como "atividade vil e ocultado sob a supervisão como forma de contornar a rejeição."

Parece que os profissionais não entendem que supervisão e controle são dimensões de um mesmo objeto, distinguíveis por análise, mas inseparáveis na prática.

Nesse estudo, as atividades de controle aparecem nos enfermeiros que exerciam função de chefia, mas não foram referidas em grande proporção como atividades dos demais enfermeiros, que tinham sob sua responsabilidade um grande número de auxiliares de saúde, parecendo que ou não era exigida do pessoal ou estava já incorporada na supervisão.

Nesse trabalho não se optou por um modelo de supervisão para se analisar a forma como essa atividade é desenvolvida entre os enfermeiros entrevistados, depreendidos da transcrição dos depoimentos. Adotando-se os pressupostos explicitados por SILVA¹¹⁴ - *"Não considero como válidas regras ou modelos de supervisão construídos 'a priori' a partir de idéias sobre o que é ou como esta deve se dar. Penso que em relação a esta atividade o concreto do processo de trabalho fala mais alto, impõe características e limitações à supervisão, sendo também determinado pelo concreto da vida dos trabalhadores, com sua subjetividade, seu envolvimento, sua alienação, sua sociabilidade e historicidade... vale destacar ainda que entendo a supervisão em âmbito mais restrito, como uma das atividades do processo administrativo gerencial e de controle do processo de trabalho. Sendo que na enfermagem, este polo mais intelectual, de poder e controle do trabalho, é ocupado historicamente pelas enfermeiras."*

4.4.1.2. Organização do serviço/Relatórios e Escalas

Nesta categoria da análise foram enquadradas as questões administrativas do posto, que foram relacionadas pelos enfermeiros apresentados na metodologia. No período pesquisado, o único serviço que dispunha de auxiliar administrativo era o de Curitiba.

Os depoimentos estão relacionados abaixo:

a) Controle de Medicamentos, Material, Equipamentos.

"Controle de medicamentos, controle de material, de estoque, controle de quantas gases entram, controle de quantas saem..."

"Todo o controle da parte de material, todo um encaminhamento, por exemplo, tá faltando material, tá com falha em determinado aparelho..."

"Levando vacina para um..."

"Levantamento de material que falta na unidade... passamos na unidade e fazemos o levantamento do que falta e providenciamos diretamente com o almoxarifado."

b) Organização de fichário.

"Organizar o fichário, tem um fichário de... um fichário que tem o pré-natal, puericultura, aprazamentos."

c) Controle do trabalho da Zeladora, Vigia e Jardineiro.

"... quando preciso ensinar a zeladora como faz uma limpeza, eu vou e ensino, faço o trabalho da zeladora... se ela gasta demais, se ela gasta de menos, manutenção de materiais."

"... toda questão administrativa de um posto de saúde fica sob supervisão da gente, inclusive a questão do guarda do posto, zelador."

e) Implantação de rotinas.

"A gente está tentando implantar rotinas novas..."

f) Encaminhamentos.

"Falta de vaga, então a gente dá um jeito de encontrar um outro hospital."

g) Transporte para pacientes que necessitam de encaminhamento.

"Carro para pegar pacientes."

Há mais de 20 anos, diferentes estudos, na área hospitalar e de saúde pública, mostram grande parte do tempo dos enfermeiros dedicados a atividades de economato como: Zeladoria, Jardinaria, e Administrativas: manutenção, controle de material, equipamentos etc. com diferentes explicações para essa situação²⁹. Também nos Estados Unidos 2/3 de jornada de trabalho diário é gasto em atividades de economato e controle burocrático. e somente 1/3 em cuidados de saúde.

Parece que este fato de desempenhar funções no trabalho, semelhantes às de seus lares, não é próprio só da enfermeira, mas também dos médico-sanitaristas. Um estudo revela que chefes dos centros de saúde de São Paulo apresentam características de feminização, quando identificam seu trabalho "como dona de casa: tem que resolver os probleminhas do dia-a-dia, falta de recursos, falta de funcionários, férias, demissões, ficar em cima do trabalho."⁵⁶

Se existe pouco preparo para desenvolver um trabalho que tenha por base a competência técnico científica para desenvolver programas baseado no perfil epidemiológico - não será explicável que as enfermeiras

se ocupem de atividades para as quais tenham formação desde a infância, que são as de limpeza e manutenção de cada?

Isto também se aplica ao fato de terem que assumir o comando dessas atividades quando o pessoal auxiliar de limpeza tem qualificações insuficientes em relação ao seu próprio trabalho.

O trabalho da enfermeira, como o da professora e da parteira para LOPES⁶⁷ "não significa apenas uma escolha mas uma oportunidade que a mulher encontra para por em prática atitudes que aprendeu desde o berço: servilismo, bondade, paciência, dedicação e carinho".

Em alguns municípios, o preenchimento de relatórios era delegado aos auxiliares de saúde; o enfermeiro apenas verificava e quando necessário fazia as correções; um único município dispunha de auxiliar administrativo para esta atividade.

"A gente sempre checa os relatórios preenchidos pelos médicos, a gente checa os relatórios preenchidos, está checando RDTR, (notificação de doenças) que seriam aqueles de doenças transmissíveis..."

"Mexer em papel, toda a área de papel, vacinas, relatórios, acaba fazendo isso, o que é triste..."

"Relatórios de vacina. Relatório das AIS, todo final de mês..."

"Tipo escala de funcionário... que horário os funcionários vão trabalhar, horário médico..."

"Escala de médico e reveamento..."

As escalas eram feitas nos municípios, onde existe uma demanda maior de clientes e maior número de funcionários, de tal forma que é necessária uma divisão maior de tarefas e rodízio entre os mesmos. Essas não se justificam onde um único agente de saúde é responsável por todas atividades de enfermagem ou em alguns locais, como postos de saúde em Londrina, que, mesmo com mais de um funcionário, conservam características de trabalho polivalente, isto é, o atendimento ao cliente é feito pela ordem de chegada do cliente, não sendo designado um auxiliar de saúde para determinado procedimento, mas todos dominam e atendem dentro de suas atribuições ou fazem os encaminhamentos necessários.

4.4.1.3. Coordenação de Programas

Entre suas atividades administrativas, enfermeiros mencionaram a coordenação de programas. Isso pode estar associado à existência de poucos serviços em que havia uma programação de trabalho sob responsabilidade desses profissionais, como no caso do Município de Curitiba.

Os programas encontrados sob responsabilidade do enfermeiro são os voltados para o grupo materno-infantil e de doenças crônico-degenerativas, como o controle de hipertensão e diabetes, porque tais programas incluem o atendimento de enfermagem feito pelo auxiliar de saúde.

"Coordenação de programas é... programas de lactentes principalmente, que é a parte de puericultura, programa com gestante e a supervisão também do programa de hipertensos."

"Eu acompanho todos esses programas. Então eu tenho a função de coordenação do programa de lactente que tem as crianças e eu acompanho todo esse programa, treino a equipe pra trabalhar com o programa."

"Presto assistência junto, dentro do programa. Faço atendimento à crianças, atendimento de enfermagem às mães, palestras, organizo os grupos, as reuniões e o programa de hipertenso, eu faço a parte só de organização de grupos, das atendentes. Faço orientação assim, mas não me envolvo muito..." (o programa de hipertensos era de responsabilidade da chefia do posto que poderia ser médico ou enfermeiro; no caso a chefia era médica, o que explica o pouco envolvimento).

4.4.1.4. Chefia do posto

Entre as funções administrativas a chefia do posto foi mencionada por 25,6% do total de pesquisados. Dos três municípios, onde os enfermeiros exerciam esta função, em apenas um deles o cargo era definido por Lei Municipal. Este município, na gestão municipal 1982-1988, tinha colocado os enfermeiros como chefe dos postos, mas, no período pesquisado, ocupavam este cargo somente um pouco mais da metade (51,2%).

Em outros municípios, os enfermeiros, apesar de se autodenominarem coordenadores ou supervisores de enfermagem, eram de fato chefes de posto, pois tinham sob sua responsabilidade todos os recursos humanos, incluindo o controle de horário de trabalho dos médicos.

"Eu sou supervisora do serviço e não sou só supervisora de enfermagem, sou supervisora dos auxiliares de saúde, dos médicos, dos dentistas, sou supervisora geral, do serviço, (aqui referindo-se ao posto onde atua).

"[a chefia]... Tem duas partes o todo, a parte administrativa: a gente faz toda a coordenação do posto pelo controle das funções das atendentes de saúde: supervisão, orientação, distribuição, pelos despachos da coordenação mesmo do pessoal, da parte médica também, de controle de férias, saídas e de toda programação do trabalho que é desenvolvido. No mais, especial, eu tenho os programas. Nós temos programas de gestantes, hipertensos e lactentes. O programa com as palestras e com orientação que

tenho que fazer no programa de lactentes. O programa de hipertensos, às vezes é o médico que faz; e o programa da gestante também divido com o médico.

"A função de chefia é da enfermeira, Você atua em parte numa coisa em parte noutra. É difícil então a parte de enfermeira mesmo. Às vezes você deixa um pouquinho, você faz bem a parte do papel, (registros). Acho que é uma dificuldade que a gente sente. Eu faço parte da chefia, a parte do planejamento, a parte de repasse de informações, mais a parte administrativa de chefia. Acho que mais importante é atuar como enfermeira, que planejamento das atividades..."

"... a gente não consegue nem ser enfermeira e nem ser chefe porque é muita atribuição pra uma pessoa só."

"É a coordenação da equipe de enfermagem e da equipe toda do Centro de Saúde, incluindo os médicos e demais funcionários, no caso, servente, es- criturário, etc., dentro disso a gente procura definir funções que vem mais ou menos definidas da prefeitura, mas repassar isso internamente tam- bém; é fazer as escalas, as rotinas, a parte mais de coordenação mesmo do trabalho, fazemos reuniões, geralmente duas reuniões por mês, pra discutir rotinas e atividades internas dessa equipe e toda parte assim de controle de frequência... e demais problemas administrativos assim da equipe."

"Na parte administrativa: escala de auxiliares, controle de férias dos auxiliares, gráfico da cobertura, vacina, produtividade da Unidade, checagem do número de auxiliares em relação a produtividade, avaliação da qualidade do serviço, porque na hora de contratar novos auxiliares a gente pensa muito em relação a qualidade - você tem que ter um certo parâmetro como é que está a nossa produtividade? Será que a gente precisa de um novo auxiliar?".

CHIAVENATO³² considera a gerência como a função de direção exercida no nível intermediário da empresa, subordinando-se aos diretores e dirigindo outros executivos (supervisores). "A tarefa básica seria a mediação, isto é, a redução da incerteza trazida do ambiente da tarefa pelo nível institucional e sua colocação em termos de programas e operação padronizados e estandarizados ao nível operacional. Ainda teriam sob sua responsabilidade o planejamento e a condução da atividade humana (motivação, liderança e comunicação)".

A ênfase é dada no conhecimento que o gerente tem sobre as pessoas. A psicologia e a sociologia seriam as ciências que contribuiriam para um melhor desempenho do mesmo.

Os enfermeiros relacionaram como atividades desenvolvidas

nessa função de gerência, variando de entrevistado para entrevistado e não de forma constante (como na análise dos demais depoimentos), as seguintes:

- planejamento das atividades a serem executadas pelos postos de saúde;
- coordenação de programas: gestantes, lactentes, hipertensos, escolares e creches;
- avaliação quantitativa e qualitativa;
- controle de pessoal (em sentido estrito): médico, pessoal de enfermagem, zeladores, jardineiros, vigias e auxiliares administrativos;
- controle de material: medicamentos, equipamentos, manutenção;
- comunicação: relatórios, reuniões, repasse de informações ao nível central e com a equipe;
- estabelecimento de vínculos entre o posto de saúde e a comunidade.

"Uma função é realmente a parte de chefia e dentro da chefia a gente acaba assumindo a parte de gerência: reuniões, fazendo realmente uma programação, mantendo maior contato com os médicos e atendentes na parte administrativa e depois realmente a parte de atividades técnicas de enfermeira como supervisora".

LOPES⁶⁶ afirma que *"a indefinição de papéis a nível profissional tem sido uma queixa constante. A meu ver essa indefinição não existe; o que está dado é a negação da contradição entre o discurso da teoria - ou a ideologia teórica - e a realidade concreta. Um quadro construído a partir de uma visão idealizada da profissão se contrapõe a um dia-a-dia que nada tem de poético. A realidade mostra um ramo de trabalho feminino, explorado, gerador de tensões com carga excessiva de trabalho, mal remunerado e com pouquíssimo poder de barganha frente à classe dominante"*.

O acúmulo dessas funções para alguns leva a um conflito de papéis "eu sou chefe primeiramente, então fica tudo muito misturado... a gente não consegue nem ser enfermeira e nem ser chefe, porque é muita atribuição para um só pessoa" (o posto funciona em três turnos).

Esse elo de ligação do técnico com a instituição, a integração das incertezas, é reconhecido quando o enfermeiro diz: "Eu sou responsável pelo Centro de Saúde, eu sou como eu diria... a pessoa, o elo. O elo da Secretaria com os funcionários, tô representando a Secretaria aqui ..."

Esse reconhecimento não corresponde à utilização desse poder dado pelo cargo, quando se discute a participação dos profissionais na programação e em consequência na tomada de decisão na Tabela nº 13.

4.4.1.5. Reuniões com a equipe

Essas reuniões têm como objetivo discutir assuntos administrativos e assuntos técnicos com a finalidade educativa na complementação ou atualização dos auxiliares de saúde.

"Fazemos reuniões, geralmente duas reuniões por mês pra discutir rotinas e atividades internas dessa equipe".

"... reuniões com a equipe sobre todos os tipos de assuntos assim... assuntos administrativos e assuntos técnicos também, a gente tá começando agora... faz pouco tempo que eu estou aqui, a gente tá começando a fazer uma vez por semana, fazer uma reunião... pra treinamento, então pra discutir é... doenças simples, discutir pré consulta, como é que a atendente deve fazer essa pré-consulta, discutir vacina, reidratação oral..."

"... aqui dentro eu organizo reuniões, também é aquele entrosamento entre a equipe, é passar recados, é organizar as nossas reuniões de planejamento, de tudo também..."

Os médicos sanitaristas na rede de Centros de Saúde de São Paulo utilizavam também as reuniões internas como instrumento de trabalho para solução de problemas de natureza administrativa⁵⁶. São também características tecnológicas do processo de trabalho das chefias dos Centros de Saúde. A comunicação ascendente ou descendente é dentro de uma organização o que coloca os planos ou programas em funcionamento. Esse trabalho passa a ter características de treinamento em serviço, face ao não preparo do pessoal auxiliar.

4.4.2. Atividades Assistenciais

QUADRO 6 - Número e porcentagem de enfermeiros que declararam desempenhar atividades assistenciais intra-postos de saúde, em 22 municípios do Paraná, 1988.

ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	Nº	%
Atendimento de enfermagem	98	83,8
Consulta de enfermagem	19	16,2
Visita domiciliar	16	13,7

4.4.2.1. Atendimento de Enfermagem

O atendimento de enfermagem obteve um alto percentual de afirmativas, onde 83,8% dos enfermeiros responderam que o faziam. Esse alto percentual pode estar associado ao fato de que o roteiro de entrevista incluía uma questão específica sobre essa atividade, com o objetivo de se verificar se a enfermeira prestava "cuidado direto" ou alguma função ampliada proposta pela Assistência Sanitária Primária. NAKAMAE⁸⁹ define o cuidado direto prestado pelo enfermeiro como sendo prática individualizada ou execução conjunta com o pessoal auxiliar, das ações de enfermagem numa relação imediata profissional-cliente.

Os atendimentos, relacionados nessa pesquisa, em sua maioria são práticas delegadas aos auxiliares de saúde e não uma ação conjunta com esses ocupacionais.

Numa visão mais estrita que a da autora acima citada, quando questionadas se essas atividades eram exclusivamente suas, apenas 16,2% responderam afirmativamente e foram categorizadas como consulta de enfermagem.

A falta de recursos humanos para atender a demanda e ou a forma como eram ofertados os serviços (em muitos locais a coleta de exames, a marcação de consultas concentram-se pela manhã e no período da tarde, muitas vezes, os postos de saúde diminuem bastante o seu fluxo), exigem que o enfermeiro substitua o auxiliar em suas atividades, não eventualmente, mas de forma rotineira, contrariando a lógica da racionalidade capitalista, que ao fragmentar e parcializar as tarefas, espera que um profissional mais caro exerça funções diferentes de um ocupacional que recebe um menor salário. Muitas empresas americanas mantêm cláusulas contratuais que impedem o supervisor de exercer tarefas dos seus subordinados¹⁵.

O atendimento de enfermagem, como a supervisão, também se apresentou de diferentes formas, tanto em relação ao que era feito como em relação ao momento em que era realizado.

Os depoimentos dos profissionais, quanto ao que era feito, seguem abaixo:

Os tipos de atendimentos de enfermagem:

"... Faço atendimento ao paciente, nunca deixei de fazer, aplicando uma vacina, fazendo uma injeção, fazendo sempre alguma coisa. Você não pode só naquela assim de ficar olhando, não dá."

"... Eu faço assistência, por exemplo. [o atendente] não consegue definir o que tinha... uma assadura, se é dermatite ou monília, então eu

vou, ajudo, identifico, a gente faz os cuidados..."

... "Faço [atendimento] por enquanto só com criança, a criança sadia, controle de saúde."

... "Vacinas, BCG, sou eu, porque por enquanto sou eu que faço. Não tem nenhuma funcionária treinada. A menina aí faz pouco tempo que está com a gente, então sou eu que faço. Orientação de pós-consulta, mesmo a pré-consulta as vezes eu faço também..."

... "Faço alguns atendimentos individuais como no caso do programa do escolar que eles [atendentes] fazem a triagem e daí tem dúvida, o cliente que eu atendo é aquele que pede consulta que não tem mais, que eu vejo que o caso não é simples e que precisa de um agendamento..."

... "Atividades diretas com o paciente elas são muito esporádicas, sabe, estão lidando com uma coisa mais séria..."

... "As vezes eu tô andando e vejo alguém que tá preparando prá fazer uma nebulização eu vou, faço..."

"A parte de dieta é minha ou assim uma outra orientação mais aprimorada (diabético, ou hipertenso) em pós-consulta... uma pré..."

... "Ajudo na pré-consulta, eu tenho que ajudar na pré-consulta de todos os postos. O contato mais direto que eu tenho com a população é isso."

... "Tenho um posto na zona urbana que a gente tá fazendo puericultura... daí nesse posto eu vou uma vez por semana e fico só fazendo puericultura, junto com os agentes de saúde."

... "há ausência do médico, daí sou eu que faço o atendimento à gestante..."

... "as patologias delegadas das doenças mais comuns eu faço..."

... "quem faz os eletrocardiogramas sou eu."

"... ele [médico] pede para fazer um debridamento, eu faço, desde que ele esteja do lado [consultório]... eu fiz a anestesia, ele está aí do lado."

"Eu presto assistência de enfermagem bastante, mas a gente não está desenvolvendo consulta de enfermagem, a atividade basicamente é do auxiliar... mas assim, quando chega uma crise convulsiva, então é... não tem médico, então eu, sabe, assumo... a gente aplica Valium. As meninas não fazem isso, mas eu faço, tá."

"Desde marcar consulta, faço vacina, faço [coleta] exames complemen-

tares, é verificar pressão, fazer injeção, toda e qualquer atividade."

"Eu tenho atendimento no interior. O último, que faleceu, tinha câncer de esôfago, então ele não podia mais engolir nada, então eu ia lá todos os dias fazer um litro de soro. Todos os dias eu aplicava e o agente de saúde ficava cuidando."

"Não tem nada exclusivo. A gente atende aquilo que se chama patologia delegada - praticamente aqui a Secretaria já estipulou para os auxiliares três tipos de patologia delegada; pediculose, verminose com comprovante do resultado parasitológico e a escabiose." (Enfermeira responsável pela chefia do posto e as atividades delegadas são normatizadas pela equipe em nível central da Secretaria de Saúde).

"Eu faço pré-consulta, injeção, curativo, eu faço tudo."

Momentos em que são feitos os atendimentos:

a) Atendimentos em caso de dúvidas.

"Eu faço assim... aparecem as meninas, querem tirar alguma dúvida..."

b) Atendimentos em caráter de substituição ao auxiliar de saúde.

"Quando eu estou ali tem uma pessoa ali esperando, às vezes as meninas tão fazendo outra coisa, eu vou lá e faço..."

"Quando falta pessoal eu acabo ajudando mesmo... na ausência do médico, daí sou eu, faço o atendimento de gestantes."

c) Atendimentos para manter a habilidade e gostar da prática.

"Pela demanda e porque gosto, sabe ainda mais que fiquei muito tempo afastada, eu sinto necessidade, sabe, técnica da coisa ou de identificar mais com a comunidade."

d) Atendimentos em casos de urgência ou não padronizados.

"Eu tenho atendimento ao acaso, quando chega alguma urgência, uma emergência ou encaminhamento e ninguém sabe resolver, aí eu resolvo e intervenho."

e) Atendimento para treinamento de novas atividades.

"Na maioria das vezes, eu faço o primeiro, para quem tiver escalado pra lá, já ir aprendendo e fazendo."

f) Atendimento para triagem.

"O cliente, que eu atendo, é aquele que pede consulta que não tem mais, que eu vejo que o caso não é simples e que precisa de um agendamento, talvez o agendamento tem que ser breve..."

g) Atendimento em horas de trabalho disponíveis.

"Quando eu estou no postinho, se não estou fazendo alguma orientação ao funcionário, então eu estou fazendo o atendimento do paciente."

Os enfermeiros entrevistados, em uma alta proporção (83,7%), afirmam prestar a assistência, mas esta não é exercida de forma rotineira. Poucos municípios apresentavam condições quanto à equipe para que tal acontecesse e isso confirma a tese de ALMEIDA⁶, quando discute as origens e composição da força de trabalho na enfermagem: as que seriam as "ladies nurses" (as que pensavam o cuidado) e as "sister nurses" ou mesmo reforçando a concepção de supervisor de 1ª linha de CHIAVENATO¹⁸, que substitui o pessoal na produção ou é responsável pelo seu treinamento.

"Você acaba assumindo a atividade como se você fosse um auxiliar de saúde, tá?"

"... eu acho que eu faço mais assistência do que a própria coordenação do posto, das atividades de enfermagem no posto pela própria conjuntura, sabe eu deixo de coordenar para atender..."

Os percentuais encontrados se assemelham aos achados de STEAGALL-GOMES¹²¹ que entre os enfermeiros chefes e/ou com a encarregatura na DRS6-Ribeirão Preto, dentre as funções que mais executavam estavam as de assistência de enfermagem com 73,3% e não as administrativas, como seria o esperado. Esta atuação era explicada pela carência de pessoal auxiliar.

A propósito, sabe-se que também os sanitaristas (médicos) de Centros de Saúde do Estado de São Paulo apresentavam como compoendo a maior parte do seu trabalho, entre os classificados como muito frequentes, o atendimento a clientes por meio de consultas médicas em caráter eventual como substituição: falta, férias, licenças ou suplementarmente devido a excesso de demanda, justificando tal ação como necessidade técnica individual para manter a prática ou necessidade de satisfação afetiva "faço porque gosto"⁵⁶.

Esse papel de substituição e suplementação eventual parece caracterizar o processo de trabalho das chefias em postos de saúde, seja ele de enfermeiros ou de médicos do Paraná ou São Paulo.

4.4.2.2. Consulta de Enfermagem

Uma pequena proporção de enfermeiros informou que realizava consulta de enfermagem, definida aqui como atividade privativa do enfermeiro no atendimento ao cliente, não delegável a outros.

A hipótese era que o atendimento ao cliente, como atividade específica do enfermeiro, inexistia nos postos de saúde da rede municipal estudada, tendo em vista o pequeno número de enfermeiros em relação ao grande número de postos e pessoal auxiliar, exigindo que o seu tempo fosse voltado para as funções de treinamento e supervisão. Pela nossa experiência e contatos com a rede de postos e escolas de enfermagem da região Norte do Paraná, sabíamos previamente que nenhum serviço ou escola de enfermagem da região tinha a proposta de enfermeiro fazendo consulta de enfermagem.

Isso não se confirmou, porque em toda a rede de postos de um município os profissionais afirmavam fazer consulta de enfermagem (11 enfermeiros) e, em outro município próximo a esse, também os enfermeiros tinham como atividade a consulta de enfermagem. O denominador comum é que eram em sua maioria egressos da mesma escola de enfermagem.

As consultas de enfermagem, segundo seus depoimentos, eram feitas nas seguintes situações:

"... por exemplo hoje nós temos o planejamento familiar. A gente faz entrevista, reúne os grupos que passam por exames médicos e depois da orientação necessária sobre todos os métodos, é feita individualmente a escolha do método adequado..."

"Na parte volante nós temos a kombi toda equipada. Essa kombi leva o atendente e nós fazemos consulta de enfermagem. Não vai nenhum médico."

"Por exemplo uma gestante que me procura aqui, já com teste de gravidez ou suspeita de gravidez, então eu faço toda a consulta de enfermagem, e depois ela é encaminhada para médico."

"Ela faz todas as vacinas e a puericultura até dois anos com a minha orientação. Os desnutridos passam comigo 3 vezes por mês e, dependendo do caso, ele passa uma vez com médico. O grupo de crianças tem um atendimento individual comigo... uma vez por semana, (mães) participam de um curso."

"... mas também a consulta de adultos e dos hipertensos."

"... especificamente do escolar, eles passam por mim todas as crianças que têm problema de aprendizado, de rendimento escolar... eu atendo gestantes conforme a semana, digamos a gente tem um grupo de gestantes, quando é o primeiro trimestre, no segundo trimestre, algumas passam

pelo médico com 32 semanas e com 28 semanas, as outras... as sadias comigo... 36 semanas em diante sô com o ginecologista."

FRANCO⁴⁸ situa a origem da consulta de enfermagem no Brasil em 1966, na Fundação SESP no atendimento a gestantes e crianças sadias e, por ter-se difundido mais na área de Saúde Pública, o alvo eram as populações carentes.

A consulta de enfermagem como atividade própria do enfermeiro é defendida com os argumentos de que é necessário fazer o enfermeiro ter contato com o doente para ter o reconhecimento profissional e/ou aprofundar-se em seu próprio campo de saber.

Em nenhum período da história da enfermagem brasileira, o enfermeiro exerceu predominantemente o cuidado direto ao paciente⁶.

No salto da enfermagem tradicional para a moderna, o objeto de trabalho do enfermeiro se transformou, não se constituindo mais no cuidado direto.

NAKAMAE⁴⁹ considera que o resgate do cuidado direto não implica na renúncia ao cuidado indireto e pressupõe que possa haver uma ruptura da divisão trabalho manual/trabalho intelectual, que igualmente supõe a superação desta sociedade dividida em classes e com interesses antagônicos. Ao nosso ver, como utopia e uma imagem projetada ao longo do horizonte, essa proposta pode ser discutida, mas nunca como possibilidade concreta imediata para a categoria como um todo. As experiências do enfermeiro, prestando cuidados diretos, são em centros maiores, e que não podem ser extrapoladas para os demais estados e municípios brasileiros.

Por outro lado, o enfoque que se tem do trabalho do enfermeiro de Saúde Pública não sendo único, dificulta a formação dos enfermeiros. Essas divergências há mais de 10 anos permeiam duas entidades americanas a A.N.A. (American Nurse Association) e a A.P.H.A. (American Public Health Association). A A.N.A. considera o indivíduo ou a família, como a unidade de análise e como prática para melhorar a saúde da comunidade. A A.P.H.A. identifica como objeto; os grupos de risco, assumindo que a melhoria do estado de saúde da comunidade como um todo é que beneficiará os seus membros.

A absorção das teorias americanas reflete-se na formação profissional no Brasil. Essas diferenças aparecem, quando os modelos assistenciais implantados atendem a demanda espontânea, sem preocupar-se com programas, passando a assistência de enfermagem a ser individualizada.

4.4.2.3. Visita Domiciliária

A Visita Domiciliária⁴⁰ era definida por uma Secretaria Municipal de Saúde estudada como "a ida de qualquer um dos membros da equipe de saúde ao domicílio de moradores da área de abrangência." As visitas domiciliares nesse município podiam ser a:

a) pacientes inscritos no programa: A todos os pacientes, pelo menos uma vez, entre a inscrição e a alta do programa e visitas específicas dentro dos programas.

b) convocação de faltosos a vacinas

c) acompanhamento clínico: Realizadas a pedido do médico para seguimento da evolução clínica de alguns pacientes.

Essa classificação permeava as concepções do que era essa atividade para a maioria dos entrevistados.

A visita domiciliária relatada pelos entrevistados pode ser classificada quanto à finalidade com que era feita em:

a) Casos em que o cliente não pode ir até o posto de Saúde

"Casos pós-cirúrgicos: casos de pacientes necessitados assim, em termos de alimentação, essas pessoas mais pobres que não estão tendo assistência, paciente doente acamado, não estão tendo condições de vir ao Posto, a gente vai..."

"A gente tem visita domiciliar... tem um número pequeno... eu estava fora porque fui ver caso de uma paciente nossa que é diabética e ela teve uma queda, daí eu fui fazer insulina, casos solicitados, agora, programa nenhum."

b) Cadastrando e Recadastrando a área.

"O que eu gosto muito de fazer é visita domiciliar, nós estamos recadastando a área, são 800 famílias cadastradas, acho que a gente já recadastrou mais ou menos 500 famílias, então tem escala, cada dia sai uma dupla."

"A visita aqui é para fazer a ficha do posto, a ficha família é feita na casa. A pessoa vem solicitar, a gente visita, preenche a ficha na casa e atendemos só nossa área de abrangência. (Curitiba).

c) Chamando faltosos

"Se tem gestante faltosa, procuramos essa faltosa que não participa do grupo. Aquelas que vieram uma vez, mas que não tiveram retorno. Da criança na puericultura e no grupo de hipertensos também."

"Casos de atraso são só feitos dentro da cidade, ainda estão muito limitados, porque não tem dado tempo mesmo. Agora são feitos pelos auxi-

liares convocação da vacina, de pré-natal, de hipertensos, mas só dentro da cidade."

d) Bloqueios na vigilância epidemiológica.

"Se teve algum caso (notificação) a gente, que faz a visita, vai na casa, faz o bloqueio."

As justificativas de alguns entrevistados da atividade não estar sendo realizada, pelo pessoal auxiliar:

"Hoje para fazer visita domiciliária é difícil porque o pessoal não conhece, [área] tem que ir alguém que conheça junto e tal."

"Mas é pequena (poucas visitas) porque a área é de muito difícil acesso, ela é um morro. Então tem que subir, descer várias vezes. Então nas proximidades a gente visita, mas nos lugares mais longe a gente manda aerogramas ou manda recados, mas geralmente aerogramas."

"O atendente de saúde não tem assim essa vontade, esse empenho de fazer uma visita domiciliar, de você ir lá conversar com a pessoa, explicar, orientar alguma coisa. Eles mesmos têm dúvidas, às vezes um funcionário vai pra área fazer uma visita de atraso de carteirinha, mesmo, eles chegam lá, eles ficam até mesmo em dúvida, eles não tem segurança daquilo."

"Então o pessoal lá (outro posto onde trabalhou anteriormente) tem jeito de conversar com a comunidade, aqui o pessoal não tem, é uma coisa muito fria, assim não tem aquele envolvimento, então eles vão, o chefe mandou, o enfermeiro mandou... a senhora tá atrasada..."

Reconhecendo a importância da visita:

"Eu faço por exemplo visita domiciliar e gosto de sentir de perto a realidade do povo, porque você aqui dentro é uma coisa, você não sabe a vida daquela pessoa fora daqui, ela vem aqui pra consulta ou pra uma orientação e tal, saiu daqui você não sabe, então nós temos essa "varredura"... (pesquisa nos domicílios, em determinado período).

"Eu acho que é fundamental as pessoas que trabalham, no posto de saúde, conhecerem a população da área, então isso é uma coisa que eu tento com o pessoal apesar de não existir um apoio facilitando o transporte, vale transporte, alguma coisa porque a área é grande, e na verdade já existe uma questão de defasagem salarial que vem por trás, política e tal que está influenciando um outro tipo de trabalho do atendente, então, ele não quer sair para a área, é difícil colocar para os atendentes de uma forma, digamos... assim é... pedagógica, que eles consigam entender a importância de incorporar dentro deste a importância disso."

Os cuidados de enfermagem no domicílio deram origem à enfermagem de Saúde Pública. ROSEN¹⁰⁸ mostra, ao analisar o aparecimento desse profissional, que as suas raízes são derivadas no Iluminismo, do desejo de melhorar o estado de saúde dos pobres, provendo-os de informação, de modo que se auto-ajudassem e, de outro lado, a tradição caritativa de prover cuidados médicos e de enfermagem para os doentes pobres.

Esforços para prover enfermagem no domicílio para doentes pobres de forma organizada foi objeto de trabalho em várias comunidades da Europa e América durante o início do século XIX, mas foi na Inglaterra que a enfermagem distrital primeiro se desenvolveu.

Entre 1854 e 1859, a Epidemiological Society of London apresentou um plano para treinamento de "mulheres pobres" para irem à comunidade e cuidarem destes doentes. Acreditava-se (ainda persiste a idéia até os nossos dias) que, sendo da mesma classe social do paciente, o trabalho seria mais efetivo. O plano faliu, e em 1859, em Liverpool, William Rathbone iniciou esquema para prover cuidados de enfermagem para os pobres.

Após a morte de sua esposa, que durante longa e dolorosa enfermidade foi cuidada por enfermeira treinada, ocorreu a Mr. Rathbone a idéia de que os cuidados de enfermagem poderiam aliviar os pacientes e tentou, por sua conta, a experiência de estender esses cuidados aos pobres, contratando por 3 meses Mrs. Mary Robinson, a enfermeira que cuidou de sua esposa.

A proposta não era somente dar cuidados de enfermagem, mas ensinar às famílias como cuidarem de suas próprias doenças, como deixar suas casas limpas. As condições que Mary Robinson, a primeira enfermeira distrital, encontrou entre as pessoas, que recebiam os seus cuidados, a deixaram horrorizadas. O sofrimento intenso, a evidente falta de esperança para dar alívio aos clientes a deixaram angustiada. Embora acostumada a doenças, sofrimento e morte, não suportou a tensão e ao final do primeiro mês retornou ao seu empregador, pedindo que fosse substituída. Mr. Rathbone conseguiu convencê-la a permanecer e o experimento foi tão satisfatório, que teve interesse de expandi-lo para outros locais da cidade¹⁸.

Apesar de dificuldades e obstáculos, conseguiu que fossem treinadas enfermeiras na Liverpool Royal Infirmary e a cidade foi dividida em 18 distritos. Cada distrito tinha uma enfermeira sob a direção de uma Lady superintendente ou algumas vezes sob um comitê de Ladies superintendentes. Chama a atenção que as Ladies Superintendentes não necessitavam ter qualquer treinamento ou conhecimento de enfermagem, mas experiências em ação social, selecionadas entre as damas da cidade.

A tendência dos enfermeiros serem "visitadores de saúde"

67
aparece neste século pelo crescimento do movimento de saúde da criança¹²⁸.

Nos Estados Unidos até a década de 1930, a maioria dos enfermeiros, eram contratados como enfermeiros padrões pelos próprios pacientes, nos hospitais ou nos domicílios, situação que persiste até o fim da segunda guerra mundial¹⁶.

No Brasil, em 1947, MARCH⁷¹ já considerava "o cuidado em domicílio, como velha figura de retórica que aparece periodicamente nas conferências sobre enfermagem aureolando a polivalência dos enfermeiros". Considera que a assistência doméstica ao doente nunca chegou a ser usada entre nós e que o cuidado em domicílio, que continua a fazer parte do currículo das escolas de enfermagem, já não tem utilidade prática, pois quase não é usado no trabalho de saúde pública".

Em alguns locais, em 1967 ainda persistia esta atividade como rotina de trabalho, como por exemplo na Unidade de Saúde do Tarumã, em Curitiba. Esta unidade era local de estágio da Escola de Enfermagem Madre Léonie, que sob a responsabilidade da Fundação S.E.S.P., tinha um treinamento, utilizando da Maleta da Visitadora, com toda a sua técnica. Em Londrina, em 1973, nas Unidades de Saúde, campo de estágio dos alunos do curso de enfermagem, foi implantada a Visita Domiciliária, acreditando-se nos princípios propostos por MASCARENHAS⁷⁵. Segundo esse autor a diferença entre um ambulatório e um posto de saúde é que o segundo é dinâmico, caracterizado pela busca ativa de casos proporcionados pelas atividades da visita domiciliar. Naquela escola foi copiado o modelo de maleta da Fundação S.E.S.P., e os auxiliares de saúde e os alunos de enfermagem foram treinados para a utilizarem em cuidados domiciliares, na época ligados ao binômio mãe/criança, realizando curativos umbilicais e em suturas de cesareanas.

O uso das maletas, na forma antiga, foi abandonada a prática desse atendimento ainda persiste incorporando, agora, já um outro tipo de cuidados: aos idosos que não deambulam ou têm dificuldade de ir até o posto, aos paralíticos por acidentes vasculares cerebrais, grupo que aparece com a mudança de estrutura etária da população. Essas visitas são realizadas por solicitação dessa clientela.

A distância, segundo TEIXEIRA¹²⁵, entre a residência e a unidade sanitária, na zona urbana não deve ultrapassar 30 minutos, e nesse caso a visita domiciliária também pode se tornar uma atividade menos dispendiosa, pois não envolve a necessidade de transporte. A assistência no domicílio passa a ser uma alternativa para muitas doenças crônicas, tendo em vista o crescente aumento dos cursos hospitalares.

A valorização das atividades internas, desde o treinamento, tanto para o enfermeiro como para o pessoal auxiliar, leva em contrapartida a relegar para o segundo plano as ações externas, tão ou mais impor-

tantes para o trabalho em saúde pública.

MARQUES & ENGLER⁷² preveem que com a difusão de novas tecnologias é possível se fazer o controle no domicílio de pacientes com doenças agudas e crônicas, substituindo parcialmente o hospital e ambulatorios.

4.4.3. Atividades Educativas

QUADRO 7 - Número e porcentagem de enfermeiros que declararam exercer atividades educativas segundo o tipo de atividade, em 22 municípios do Paraná, 1988.

ATIVIDADE	Nº	%
Treinamento pessoal	59	50,4
Grupos	37	31,6

4.4.3.1. Treinamento de pessoal

O treinamento de pessoal, juntamente com a administração, são as duas atividades que o enfermeiro deve assumir dentro da atual composição da força de trabalho no Brasil, tendo em conta toda a sua evolução histórica e origem⁶.

A expansão da rede municipal e a inexistência de cursos para o preparo dos auxiliares, em muitos municípios, levam à necessidade de se contemplar não só a reciclagem ou atualização, mas a formação dentro do próprio serviço. Tais fatos justificam que 50,4% dos profissionais entrevistados o tenham relacionado entre suas atividades. Ressalta-se que em nenhum município desenvolvia-se o projeto de treinamento em serviço, proposto pela metodologia de capacitação ou formação do visitador sanitário. O treinamento, aqui considerado, também não é o dado em treinamento formal, que utiliza o serviço como campo de estágio, e prepara o auxiliar de saúde em 3 meses, mas o que poderia ser denominado como treinamento em serviço ou reciclagem de pessoal.

"O trabalho mesmo que eu tou tendo agora, toda a implantação do C.S., é mais a nível educativo com o pessoal... Eles não tem assim muito preparo, não trabalharam, muitos não trabalharam antes nada, então a gente tem revisto, tem estudado, tem feito aulas práticas, tem visto com eles."

"A outra função é a educação em serviço, fazendo treinamento e reciclagem dos funcionários..."

"... além do mais tem a função de treinamento de pessoal, diariamente, mas fica difícil porque a gente tem 4 horas para cada posto, digo, para dois postos..."

"... nós fazemos uma reciclagem de 6 e 6 meses. A gente faz um aula assim e damos uma semana pelo menos de treinamento intensivo, todo ano a gente faz..."

"... a demanda aumentou bastante realmente com a vinda da AIS (Ações Integradas de Saúde) e o número de postos, houve necessidade de colocar mais agentes, só que aqui é muito difícil contratação, o pessoal tem primário incompleto, é difícil escolher quem vai ser treinado. É mais por indicação do próprio agente. Então indica, daí fazem uma entrevista com o agente e fazemos um mês de avaliação. Nesse mês eu vou, faço a reciclagem nos Postos, principalmente no C... que é maior, tem as demandas e é mais fácil para treinar..."

No Brasil³⁵, em 1983, nos estabelecimentos para-hospitalares, o percentual de enfermeiros que indicaram como função o treinamento em serviço foi mais alto com um percentual de 71,4%.

O grupo de acordo interministerial, (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Organização Panamericana da Saúde) concebeu o projeto Larga Escala - que é uma proposta alternativa de formação e qualificação profissional de trabalhadores como atendentes, auxiliares de saúde, agentes de saúde e outras áreas como vigilância sanitária, odontologia, nutrição. SOUZA e col.¹¹⁹ descreve como uma metodologia que busca "viabilizar a interação entre o sujeito e objeto no ambiente de trabalho, considerando as formas de aprender do sujeito e recorte do objeto que permitam partir do seu referencial de percepção da realidade, sem negar seus conhecimentos da prática e senso comum, para construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos, de acordo com a habilitação profissional."

Essa proposta, na rede municipal em estudo, é inviável se a rede não sofrer transformações como aumento do número de enfermeiros, capacitação dos instrutores para essa metodologia, nas 5 áreas propostas para o projeto: doenças transmissíveis, saúde materno-infantil, processos crônico-degenerativos, planejamento e organização do processo de trabalho, e plano de carreira para os atuais agentes de saúde, que permita uma ascensão profissional com recompensas salariais.

4.4.3.2. Grupos

O trabalho com os grupos abrange sua organização com agendamento de reuniões, captação da clientela para inscrição e palestras.

Os grupos são compostos por clientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, isto é, crianças, gestantes e doentes crônico-degenerativas, (hipertensos e diabéticos). Em um único município, havia ainda o grupo de promotores de saúde, que era também de responsabilidade do enfermeiro.

"... grupo de hipertensos, grupo de gestantes só eu que faço..."

"... bem eu tenho grupo de gestante... grupo de hipertensos que eu estou organizando junto com os agentes de saúde..."

ADAMI¹ observou que a educação de grupos era realizada em Unidades de Saúde, que possuíam recursos humanos em maior quantidade e melhor qualidade.

GONÇALVES⁵⁶ diz que os enfermeiros dos Centros de Saúde de São Paulo conservavam para si áreas que consideram nobres, como o trabalho em grupo.

Num dos municípios estudados, o trabalho com crianças e gestantes era realizado em grupos sob a responsabilidade do enfermeiro e assistente social e em outro havia uma divisão de trabalho entre enfermeiros e médicos.

O trabalho em grupo requer com efeito maior experiência que os procedimentos realizados pelos auxiliares de saúde, com treinamento de 3 meses em média, como esterilização, curativos simples, aplicação de injeções.

Muitas vezes, o enfermeiro, baseando-se em técnicas de dinâmica de grupos, utilizam-nas sem as adaptações para a população alvo.

Não foi explicada a forma como é feito esse trabalho mas, toda a dinâmica grupal necessita no mínimo que se tenha para o seu desenvolvimento metodologia de autêntica educação dialógica como a proposta por FREIRE⁵⁰ *"em que a tarefa do educador é a de problematizar aos educandos o conteúdo que os mediatiza, e não a de dissertar sobre ele, de dā-lo, de estendê-lo, de entregā-lo, como se tratasse de algo jã feito, elaborado, acabado, terminado. Neste ato de problematizar os educandos, ele se encontra igualmente problematizado.*

A problematização é a tal ponto dialética, que será impossível alguém estabelecer-lá sem comprometer-se com seu processo."

O trabalho de educação é dialético com o aprendiz e sua realidade, que o leva a plena compreensão do processo (e não mera transmissão ou transfe-

rência, ou modelação de comportamento).

4.4.4. Pesquisa e outras atividades

QUADRO 8 - Número e porcentagem de enfermeiros que executam atividades de pesquisa e outras, intra-posto de saúde, em 22 municípios do Paraná, 1988.

ATIVIDADES	Nº	%
Pesquisa	05	4,2
Outras*	06	5,1

*Outras: Bloqueios, seleção de pessoal, cadastro da área, exame pré-admissional, palestras para a comunidade.

O percentual de enfermeiros, que realizavam atividades de pesquisa, era pequeno. Essa atividade, em serviços que não têm por finalidade a investigação e sim a assistência, não tem muita chance de ter alta frequência, levando-se em consideração os dados anteriormente apresentados como: número de postos para supervisionar, número de atividades desenvolvidas, horas contratuais, número de profissionais recém-graduados.

Em 1983, nos estabelecimentos de saúde brasileiros (incluindo-se os hospitais) o percentual de enfermeiros, que não realizavam trabalho de pesquisa, era de 72,5% e dos que realizavam, 10,4% o faziam de forma eventual³⁵.

BURLAMAQUE e col.²¹, estudando a produção científica, dos enfermeiros do Rio Grande do Sul, encontrou que entre os fatores que mais contribuíram para limitar a produção estavam a falta de tempo, o custo e o pouco domínio da metodologia, motivos também descritos por CAMARGO e col.²³, em Santa Catarina.

LOPES apud BOEMER e col.¹⁷, estudando a produção de enfermeiros assistenciais em relação a pesquisa, identifica fatores limitantes para o desenvolvimento do profissional nessa área, como o desinteresse da instituição empregadora, alta rotatividade nos serviços, turnos de trabalho inconstantes, sobrecarga de atividades, falta de conhecimentos sobre metodologia de pesquisa, inexistência de bibliotecas e, com tudo isso, se consideram marginalizados desse processo.

RIBEIRO & GOULART¹⁰⁴ consideram a pesquisa científica em enfermagem como indissociável do ensino e da pesquisa.

A Universidade, no Brasil, é o "locus" da produção intelectual.

tual como demonstra GERMANO⁵⁴ ao analisar as publicações na Revista Brasileira de enfermagem, no período compreendido entre 1955-1980, mostrando que 3 escolas exercem a liderança dessa produção; Escola de Enfermagens da Universidade de São Paulo (25,8% dos artigos) criada em 1942, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, (20,8%) que data de 1951 e a Escola de Enfermagem Ana Néri de UFRJ (11,3%) criada em 1922. Os articulistas, no período estudado, eram de escolas na proporção de 48,4% e apenas 7% eram enfermeiros assistenciais, configurando-se uma hierarquia intelectual, segundo a autora, no conceito gramsciano, os que pensam e difundem o saber (docentes) e os que o executam (enfermeiros assistenciais).

As três escolas situam-se no eixo Rio-São Paulo, estados mais desenvolvidos e são instituições mantidas pelo governo estadual e federal.

A evolução histórica e estrutura organizacional das escolas paranaenses podem explicar a pouca tradição de pesquisa mesmo entre os docentes e a sua qualificação nessa área: o ensino, por 17 anos, em uma única escola privada; posteriormente a adoção nas escolas estaduais e federais, de um plano de carreira, que não estimulava a participação em cursos de pós-graduação como mestrados e doutorados, pois a ascensão era realizada por tempo de serviço; o regime de 40 horas semanais não estava condicionado à produção científica e a dupla entrada anual de alunos levava a permanência maior em atividades de ensino, refletem-se na produção docente e em consequência no pouco preparo dos enfermeiros em outras atividades.

A proposta de uma rede básica de saúde ou sistemas locais de saúde, tendo por objetivo o melhoramento da assistência à saúde, não pode deixar que a investigação, um elemento crítico na estruturação dos serviços, fique limitada a uma elite de investigadores, mas sim a todos os responsáveis pela assistência. Essa democratização da pesquisa é importante para convertê-la em uma atividade de rotina, pelo menos em estudos mais voltados para a avaliação dos serviços e seus resultados¹¹⁸.

Contra a proposta se interpõem até o momento as organizações dos serviços pesquisados e a formação dos enfermeiros. Entre os cursos de enfermagem no Paraná, onde se formaram a maioria dos enfermeiros entrevistados, duas escolas não ministravam disciplinas de iniciação científica e, nas outras cinco, a carga curricular variava de 30 a 45 horas, o que é insuficiente para a execução de uma pesquisa, desde a elaboração do projeto, levantamento bibliográfico, coleta de dados e análise.

Os municípios, por sua vez, não dispõe de recursos humanos suficientes para as atividades assistenciais, no nível local e no nível central na área de enfermagem, que poderiam orientar esse processo.

Com esse quadro segundo SOUZA e col.¹¹⁹ o conhecimento adquirido pelos profissionais "é estático, já vem pronto, tem tamanho e significa que não se elaboram conhecimentos, não se constata ou confrontam saberes, não se interroga o próprio conhecimento."

4.4.5. Atividades extra-postos de saúde

QUADRO 9 - Número e porcentagem de enfermeiros que declararam executar atividades extra-postos de saúde, em 22 municípios do Paraná, em 1988.

ATIVIDADES	Nº	%
Reuniões	64	54,7
Creches/Escolas	47	40,1
Coordenação	12	10,2
Comissões	12	10,2
CIMS/Conselhos	8	6,8
Cursos formação auxiliar	7	5,9
Escalas/Relatórios	4	3,4
Levantamentos Estatísticos	4	3,4
Controle Material/Medicamentos	3	2,5
Curso de Especialização	3	2,5
Escola Auxiliar de Enfermagem	2	1,7
Outros*	3	1,7
Sem informação	1	0,8

*Outros: Vigilância Epidemiológica, Direção de Departamento.

4.4.5.1. Reuniões externas

A necessidade de comunicação com o nível central leva os enfermeiros a dispensarem, em reuniões com esse nível, uma alta proporção das suas horas em atividades fora do posto de saúde, para encaminharem assuntos relacionados com o desempenho de suas funções administrativas e/ou reciclagem ou estudos.

Essa característica do trabalho em saúde pública, as reuniões externas, foi encontrada entre os médicos sanitaristas e enfermeiros

nos centros de saúde de São Paulo. Para os primeiros, as reuniões externas tinham por finalidade discutir programas, normas, comparar experiências e tomar conhecimento de "pacotes" e, para os segundos, funcionavam como auto-controle e auto-supervisão profissional⁵⁶.

Nesse estudo, as reuniões externas correspondem às características do enfermeiro e do médico sanitарista de São Paulo porque, apesar de grande proporção não ocupar o cargo de chefia, o exerce de fato, isto é, eram responsáveis por toda a organização tecnológica do processo de trabalho dos Postos de Saúde.

4.4.5.2. Programas com creches e escolas

Os enfermeiros de Curitiba eram responsáveis pelos programas de saúde em creches e escolas⁴⁰.

No programa com as creches as atividades previstas eram controlar a vacinação, o crescimento e desenvolvimento das crianças, solucionando problemas simples e encaminhando os demais ao Centro de Saúde. O programa do escolar propunha-se a detecção de problemas de acuidade visual, coluna, crescimento, fimose e criptorquidia, agendando consulta para escolares com alteração nestes exames e outros tipos de patologias.

As duas atividades eram exercidas dentro das escolas municipais da área de atuação. Uma das entrevistadas coordenava o trabalho em uma creche com 120 crianças e 4 escolas com 2.300 escolares.

"Em creche a gente faz a parte educativa, com os pais, com as próprias funcionárias da creche, fazemos treinamento também com os funcionários, com as babás e as cozinheiras, auxiliar de cozinha, e a parte de assistência direta também às crianças..."

"O programa de creche, nós atendemos uma creche dentro de G. (nome do bairro) fica aqui pertinho, então é feita uma visita semanal, e verificado principalmente pediculose e escabiose e nós também verificamos se não tem nenhuma criança com sintomas de doenças transmissíveis..."

"Ah, outra atividade extra-posto que se faz é o exame de glicemia nas escolas. Então temos um programa junto com o pessoal da Educação, se faz glicoteste em todas as crianças e se há alguma anormalidade, a gente encaminha para o laboratório e passa pra consulta médica, se dá alterado, faz-se isso nas escolas, onde realizamos também o parasitológico de fezes... todo o começo de ano organizam os cursos para professores, sobre primeiros socorros básicos, que elas podem fazer na escolas - fornecemos também assim uma farmacinha básica..."

O trabalho da enfermagem nas creches e escolas, nos dias atuais, lembra os primórdios das enfermeiras escolares na Inglaterra e nos Estados Unidos.

Em 1892¹⁸, em Londres as primeiras enfermeiras distritais especializadas foram as escolares. Cada enfermeira era responsável por 4 escolas e examinava diariamente 100 crianças levadas pelos professores, uma por uma. Os principais problemas eram conjuntivite, doenças da pele, verminoses, e precariedade de higiene pessoal.

O seu tratamento era prevenir e tratar as doenças mais simples e, nos casos mais sérios, acompanhar o escolar até em casa e orientar os pais para procurar assistência médica.

Nos Estados Unidos, o trabalho de enfermagem nas escolas iniciou-se como suplementar ao dos médicos. A inspeção médica excluía as crianças das escolas, e estas ficavam brincando e perambulando pelas ruas. A situação era tão grave, em New York, que às vezes 300 crianças vagavam pelas ruas. Com a introdução da enfermeira na escola, esta começou a fazer tratamentos para escabiose, impetigo, eczema, etc. e as crianças, que anteriormente eram excluídas, passaram a não sê-lo e eram tratadas precocemente¹⁸.

Algumas vezes essas enfermeiras são chamadas as primeiras enfermeiras de saúde pública.

Como se vê, apesar de quase um século de distância, as nossas condições de saúde e de trabalho hoje são muito semelhantes as dos países desenvolvidos na época, quanto à forma como essa assistência é organizada, como quanto a concepção "higienista e preventivista" do trabalho.

4.4.5.3. Coordenação em nível central

Alguns enfermeiros, que eram responsáveis por postos de saúde, acumulavam funções de coordenação em nível central e foram entrevistadas por desempenharem atividades no nível local, fazendo parte dos 117 enfermeiros, que compuseram a população estudada. Vale ressaltar que poucos municípios dispunham de enfermeiros, exercendo exclusivamente atividades de enfermagem no nível central: Curitiba, Araucária, Cambé e Londrina.

"Na divisão a gente faz o que chamam de planejamento, mas de certa forma acaba não acontecendo, planejamos o trabalho que por vontade ocorre... o horário médico passou a ser uma atividade nossa, formular, por, repor e tentar discutir com o diretor da autarquia de saúde necessidade de admitir mais profissionais."

"Sou coordenadora do serviço de saúde no município."

4.4.5.4. Participação em comissões dos serviços

As comissões estavam envolvidas com atualização de rotinas, confecção de manual e divulgação do trabalho realizado pelo município através de uma novela.

"Comissão de esterilização, da rede de frio e imunização". (elaboração de rotinas sobre esses temas).

"A gente divulga o trabalho da Instituição através de uma novela."

4.4.5.5. Participação em Comissões Intermunicipal de Saúde e Conselhos Comunitários

A participação em instâncias deliberativas era de 2 enfermeiras: uma na Comissão Institucional Municipal de Saúde (CIMS), como presidente e em outra era representante do município na Comissão Regional Institucional de Saúde (CRIS).

Os outros 4 participavam apenas das reuniões, informalmente como assessoria técnica e secretária.

"A gente tem a CIMS, só que não fazemos parte, mas participamos das reuniões, inclusive fazemos atas. Eu participo informalmente da Assessoria técnica..."

Foram excluídos da categorização como participantes do conselho comunitário os depoimentos que são relacionaram reuniões com lideranças e/ou associação de moradores. Em um dos municípios essa atividade era de responsabilidade das chefias de posto. Apenas 2 profissionais afirmaram estar formando um conselho comunitário.

4.4.5.6. Elaboração de escalas, relatório, levantamentos estatísticos e controle de material/medicamentos

Os poucos profissionais disponíveis em nível central levam os enfermeiros, em alguns municípios, a realizarem atividades nesse nível ou por solicitação da chefia imediata, caso também das comissões ou por optarem, como em dois municípios por não terem um único chefe do serviço de enfermagem, dividindo as tarefas entre todos os enfermeiros ou tendo chefia única, em sistema de rodízio semanal.

4.4.5.7. Cursos de formação de auxiliares de saúde e escola de auxiliares de enfermagem

A formação do auxiliar de saúde é assumida pelos serviços, tendo em vista que a expansão da rede não encontrou ocupacionais treinados no mercado. Os cursos de formação têm duração de 3 meses e durante o período de aulas teóricas, em geral um mês, os enfermeiros estão fora do posto de saúde, retornando a ele para acompanhar o estágio supervisionado.

A lei do exercício profissional nº 7498/86 vedou a formação de atendentes, extinguindo a categoria, que teria, a partir desta data, dez anos para a sua transformação em auxiliares de enfermagem por meio de cursos regulares ou exames de suplência¹⁹.

Os municípios, seja por inviabilidade política (não tendo interesse na capacitação e qualificação dos profissionais) seja por inviabilidade técnica (não dispor de pessoal treinado para contratar nas substituições ou por expansão da rede) deixam de cumprir a lei e incorporam em seus quadros pessoal não treinado com o aval dos enfermeiros.

É muito difícil para o profissional, muitas vezes isolado, com um mercado de trabalho restrito, às vezes, o único existente no município, contrariar a vontade do dirigente e impedir essas contratações. Por outro lado, a população que é atendida pelo pessoal auxiliar, com menor qualificação, passará a não ter nem esse atendente.

Em dois municípios, os enfermeiros tinham parte de sua carga horária contratual dedicada ao ensino e/ou coordenação do curso de auxiliares de enfermagem, mantido pela municipalidade.

4.4.6. Clima Organizacional

O clima organizacional foi avaliado por fatores intra-institucionais que facilitavam ou dificultavam o desempenho.

4.4.6.1. Fatores facilitadores do desempenho

TABELA 11 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a existência de fatores institucionais que facilitam o desempenho, em 22 municípios do Paraná, 1988.

EXISTÊNCIA DE FATORES FACILITADORES	Nº	%
Sim	66	56,4
Não	33	28,2
Sem informação	18	15,4
T O T A L	117	100,0

Mais da metade dos enfermeiros responderam afirmativamente sobre a existência de fatores institucionais, que facilitavam o seu desempenho.

O alto percentual de não informantes se deve à forma como a questão foi formulada, pois quando o entrevistado titubeava em responder, passava-se para a questão seguinte: existência de fatores que dificultavam e por falha não se voltou a reformular a questão. Tal falha só foi constatada por ocasião da tabulação dos dados levantados.

QUADRO 10- Número e porcentagem de fatores intra institucionais facilitadores do desempenho relacionados pelos enfermeiros, em 22 municípios do Paraná, 1988.

FATORES FACILITADORES	Nº	%
Bom relacionamento inter-equipe	22	33,3
Apoio Institucional	21	31,8
Autonomia profissional	12	10,2
Diretrizes políticas	9	7,6
Auxílio Transporte	5	4,2
Integração com outros níveis	4	3,4
Apoio da Supervisão	4	2,5
Recursos Humanos qualificados	3	2,5
Aceitação do trabalho pela Comunidade	2	1,7
Recursos Humanos Suficientes	2	1,7
Demanda Adequada	2	0,8
Trabalho Gratificante	1	0,8
Outros*	4	3,4
Sem informação	17	14,5

Outros*: amor à camisa, grupo jovem, disponibilidade de recursos materiais

Os fatores citados como facilitadores do desempenho podem ser classificados entre os que trazem satisfação no trabalho, estudados por diversos autores^{14, 16, 27}.

4.4.6.1. Relacionamento inter-equipe

Entre os que responderam afirmativamente à questão sobre a existência de fatores que facilitassem o seu desempenho (56,4%), o bom relacionamento inter-equipe foi o mais citado:

"... o que facilita aqui é que existe uma união muito boa, então a equipe se entrosou muito bem, acho que isso é muito importante, porque você trabalha."

O bom relacionamento inter-equipe é importante para se obter maior eficiência e satisfação no trabalho.

No Brasil³⁵, em 1983, os enfermeiros de estabelecimentos de saúde (hospitalares e para-hospitalares) o consideraram o segundo fator, em uma lista em que a existência de creches para funcionários obteve o percentual mais alto.

4.4.6.2. Apoio institucional

Sob essa denominação foi enquadrada uma ampla gama de depoimentos.

"... a gente encontra facilidade no desenvolvimento de qualquer coisa que você queira instituir em programas, você recebe apoio."

"Acho que a própria administração, digamos o fato de termos enfermeira, diretora do departamento profissional de enfermagem, ajuda bastante."

"... facilidade a gente tem, facilidade em relação à chefia atualmente, temos como chegar para a chefia, conversar com ela, discutir problemas."

4.4.6.3. Autonomia

A Ordem das Enfermeiras e Enfermeiros do Quebec (O.I.I. Q.) entende a autonomia como a "capacidade que tem o homem de ser integralmente, de dar um sentido a sua vida e de em função disso, escolher o conjunto de suas ações por uma direção pessoal que se orienta para a completa realização de si mesmo."

O exercício profissional de forma autônoma não só leva a satisfação no trabalho como uma melhoria da auto imagem²⁴.

Desse estudo, os enfermeiros entrevistados consideravam como autonomia a liberdade de realizar atividades de enfermagem, pois não tinham um controle sobre o seu trabalho, quer porque não eram supervisiona-

das por outros enfermeiros, quer porque não existiam programas e atribuições para serem seguidos, conforme o encontrado em 2/3 dos municípios pesquisadas (Tabela nº 1).

Esses achados parecem ser diferentes da análise feita por ROCHA¹⁰⁷ que assinala um trabalho rotineiro e portanto com pouca autonomia entre os enfermeiros da Secretaria Estadual de São Paulo, pelo seguimento de programas e atribuições normatizadas, permitindo que até o treinamento do pessoal auxiliar prescindia desse profissional.

"A gente tem de ter autonomia de fazer determinada coisa, por exemplo: a questão de horário, que determinamos, não é uma coisa muito rigorosa, para poder participar também na parte de planejamento, coordenação, essa coisa que é interessante."

"Bom, o que facilita aqui é que a prefeitura dá liberdade total..."

"O que facilita é uma certa autonomia que se tem de trabalhar assim em enfermagem. A gente planeja e toca o serviço."

"Existe uma certa autonomia pra gente discutir algumas questões que são específicas de enfermagem, então acho que isso facilita um pouco as coisas..."

"Eu acho que a própria liberdade de ação facilita muito. Você vê a gente está solto, não tem ninguém pegando no pé."

"Autonomia que eles nos dão. Você faz o que for preciso, o Posto é sua responsabilidade, crie, faça o que quiser..."

Essa autonomia não é dada pelo poder de decidir na programação ou pelo modo mais amplo que é o poder administrativo dos que detêm os recursos financeiros¹⁰⁵.

Para GORZ⁵⁷ aquele que faz o projeto, o analista das cadeias de produção, o técnico que verifica, os que destacam os postos de comandos sobre os outros, distinguem-se principalmente pela liberdade face ao próprio trabalho e pelo poder exercido por meio desse trabalho (critério fundamental para definir essa camada). A empresa capitalista assume cada vez mais o aspecto de uma máquina complexa, onde o conteúdo do trabalho e as relações de trabalho com os objetos e as pessoas não são mais determinadas, cada dia, por um ato de comando hierárquico, mas sim fixados, objetivamente de uma vez por todas, pelas normas e estrutura da empresa. Os técnicos sentem-se autônomos, porque no seu ofício não recebem ordens do patrão.

4.4.6.4. Auxílio transporte, integração com outros níveis, apoio da supervisão, recursos humanos qualificados, aceitação da comunidade, recursos humanos suficientes, demanda adequada a oferta, trabalho gratificante

O transporte disponível, a integração com outros serviços nos casos de encaminhamento a outros órgãos do município, recursos humanos em quantidade satisfatória e capacitados são recompensas extrínsecas, bem como o apoio dado pela supervisão. A aceitação pela comunidade e o trabalho gratificante podem ser considerados recompensas intrínsecas, como as descritas por BONJEAN e col.¹⁶.

MOTTAZ⁸⁸ em seu estudo "encontrou que os maiores determinantes de satisfação no trabalho foram assistência do supervisor, tarefas gratificantes, autonomia e salário. Os resultados são semelhantes aos fatores facilitadores dessa pesquisa: autonomia, e apoio institucional.

4.4.7. Fatores dificultantes do desempenho

TABELA 12 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a existência de fatores institucionais que dificultam o desempenho, em 22 municípios, Paraná, 1988.

FATORES DIFICULTADORES	Nº	%
Sim	112	95,7
Não	3	2,6
Sem informação	2	1,7
T O T A L	117	100,0

Um alto percentual de entrevistados identificou fatores que dificultaram o seu desempenho, sugerindo que a prática era desenvolvida em condições não favoráveis.

Na sociedade americana, trabalho de investigação mostra que o nível de satisfação no emprego, geralmente aumenta dos blue-collors (operários) para ocupações profissionais. Já enfermeiros tem um nível baixo de satisfação em relação a outras ocupações, superando apenas os agentes policiais, capatazes e operários de fábrica, que apresentavam menor nível de satisfação que eles⁸⁸.

A força de trabalho nos municípios pesquisados aumentou de 12,8% em 1987 (época do projeto) para 1988 (no período da coleta dos dados). Mas se persistirem as condições atuais em relação aos fatores extrínsecos e in-

trínsecos de satisfação no trabalho e de evasão dos cursos de enfermagem nas faculdades públicas, possivelmente poderemos estar num futuro próximo, enfrentando o problema mundial de falta de mão de obra qualificada.

QUADRO 11- Número e porcentagem de fatores intra institucionais dificultadores do desempenho relacionados pelos enfermeiros, em 22 municípios do Paraná, 1988.

FATORES DIFICULTANTES	Nº	%
Planta física inadequada	52	46,4
Insuficiência de Recursos Humanos	41	36,6
Capacitação Insuficiente de Recursos Humanos	31	27,6
Falta de Medicamentos	25	22,3
Falta de transporte	16	14,2
Falta de Material	14	12,5
Baixo salário	14	12,5
Relacionamento inter-equipe	13	11,6
Falta de autonomia	10	8,9
Ingerências Políticas	10	8,9
Integração	9	8,0
Pouca valorização do trabalho	9	8,0
Diretrizes da Instituição	9	8,0
Carga horária Insuficiente	8	7,1
Centralização	7	6,2
Falta de apoio	7	6,2
Insuficiência de verbas	5	4,4
Supervisão inadequada	5	4,4
Ausência de Divisão de Enfermagem	5	4,4
Indefinição de funções	5	4,4
Atividades Administrativas Excessivas	5	4,4
Equipamentos inadequados	4	3,5
Comunicação	3	2,6
Motivação	3	2,6
Situação do País	2	1,7
Outros	15	13,4
Sem informação	1	0,8

Essa questão, ao ser formulada no pré teste, revelou-se de difícil compreensão pelos entrevistados. A experiência no seu próprio trabalho e dificuldades relatadas por ex-alunos, em municípios da região, le-

varam a autora deste trabalho estimular as respostas, perguntando sobre problemas quanto planta física, recursos humanos, material e encaminhamentos.

As respostas espontâneas e estimuladas foram tabuladas em conjunto, o que pode ter levado a uma distorção, quanto às frequências em que foram citadas, como por exemplo, a questão salarial não ter tido um maior percentual entre os pesquisados. Por se ter uma grande variedade de respostas serão analisados os mais frequentes.

4.4.7.1. Deficiência de planta física

Não sendo mais uma organização centralizada, como os postos construídos pelo governo estadual, cada município tem estruturado seus postos de diferentes formas, que vão desde novas construções até casas adaptadas. Com isso os espaços se tornam insuficientes para atender à demanda da clientela, para garantir sua privacidade ou para respeitar as normas técnicas nas áreas de curativos e esterilização.

"Principalmente este é o tipo do Posto que tem que passar um trator por cima, derrubar tudo..."

"Eu tenho uma única sala onde se faz pré, pós, patologias, só não faz vacina porque o Centro de saúde é aqui do lado..."

"Os postos da área rural têm uma planta física terrível. Um é novo, mas dois são adaptados mesmo. Uma casa, que não veda nada: você está falando aqui e está se escutando ali fora. A estrutura, você tem uma sala num lugar que não devia ter, inclusive até em termos de pintura é precária, não te dá ânimo e não dá ânimo nos próprios funcionários. A gente vê tanta coisa fora do lugar, que desanima bastante, é desestimulante."

"... prá nós fazermos grupos de gestantes e de hipertensos, não tem uma sala exclusiva. Geralmente nós usamos o consultório médico, mas o consultório médico é pequeno, prá caber 15 ou 10 pessoas ali. É um sufoco, num calor desses!"

... "você não tem um ambiente de trabalho que facilite bom desenvolvimento, porque você trabalha sem ventilador. Só tem um no posto, geralmente vai prá sala do médico. Os auxiliares também precisam (ventilador). Muitos postos não têm geladeira ainda (município da região Norte do Estado que apresenta alta temperaturas, a geladeira a que se refere é para os funcionários).

"... jamais eu posso fazer consulta de enfermagem no dia que tem médico, porque não tem sala. Fica difícil trabalhar assim."

"... você viu onde está fazendo a consulta de enfermagem? É na mesma sala de triagem, de curativos, de tudo."

"... apenas a questão de ser um antigo posto. É muito pequeno, você tem que improvisar. Por exemplo, pra trabalhar com grupos você pede uma sala emprestada para a escola."

Não é privilégio dos postos municipais não ter locais reservados ao trabalho da enfermeira.

Ao observar as atividades de pós consulta e atendimento de enfermagem de Centros de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, GONÇALVES⁵⁸, em relação ao local onde são executadas, as descreve da seguinte forma: *"essas são praticamente desenvolvidas em público, pois a regra é de utilização de uma sala pequena, geralmente abarrotada de mesas, cadeiras, armários e balanças - não se imagine que haja quantidade suficiente de móveis nos Centros de Saúde, pois eles são poucos e velhos; o que não há é espaço suficiente para pô-los - em que dois ou três profissionais trabalham ao mesmo tempo, com as portas abertas para a circulação dos clientes, com mais duas ou três mães, as duas ou três crianças atendidas e as vezes seus irmãos. Pelas portas entra o ruído dos corredores e salas de espera, de tal modo que a impressão geral, atordoante, é a de um campo de batalha... Seria fantasia imaginar que, nessas condições de trabalho, qualquer projeto sério e conseqüente pudesse ser implantado, muito menos o projeto, que atribui a essas atividades a finalidade geral de orientar..."*

Desde o caso mais simples até o mais complexo, atividades que presumem o estabelecimento de uma relação interpessoal no trabalho. Nada disso é possível nas condições caóticas, em que se desenvolve o trabalho de enfermagem; o que se procura fazer, resultará em arremedo de orientação, mesmo quando houver maior empenho em conseguí-la."

4.4.7.2. Insuficiência de recursos humanos

Os recursos humanos são insuficientes na área de enfermagem, o que pode bem ser avaliados pelas tabelas nº 9 e nº 10, que mostram o número dos enfermeiros em relação aos postos e aos auxiliares de saúde.

Os enfermeiros reconhecem essa escassez, que é mais aguda em alguns locais com alta demanda.

Também são fatores, que dificultam o desempenho, o pequeno número de auxiliares em relação aos postos, a ausência de médicos das grandes especialidades, como ginecologista e de serviços (zelador e jardineiro).

"É o fato de termos um número pequeno de auxiliares de saúde para o volume de tarefas que tem."

"... nós temos 14 unidades de saúde, porém só temos quatro enfermeiras, então dificulta bastante, pra se dar uma assistência da forma que a gente acha que é certa e que nós realmente queremos prestar pro paciente."

"... recursos humanos, a gente sempre trabalhou com bastante dificuldade e há um rodízio muito grande de auxiliar e com isso não fixa o pessoal. E isso dificulta a relação com o paciente e mesmo com o próprio auxiliar, que se desloca para muito longe. Isso aí gera um ambiente tenso dentro do trabalho."

"... você tendo uma Unidade de Saúde, um só funcionário trabalhando, ou dois, dependendo da demanda ali do local, vai ser quase impossível poder desenvolver um programa, de trabalhar com a comunidade, fazer visita. É utópico pensar que o funcionário fará isso, dependendo da Unidade é um só funcionário."

"- Como é que você faz nas férias? (entrevistador)"

- Nas férias nós temos geralmente agente de saúde que nós chamamos de "coringa", ele tenta cobrir as férias dos outros, mas isso nem sempre acontece."

"Eu acho que o que dificulta muito o desempenho das atividades é a questão da gente não ter o número suficiente de profissionais e não poder contar com isso... E não ter postura que o secretário tem. Então na conversa que se tem, a gente consegue perceber bem aquele conceito de que o enfermeiro não é necessário..."

"... porque ele tem aquele conceito de que um enfermeiro consegue tocar tudo, ele é muito importante a nível de estruturar um posto novo e na hora que ele está funcionando não precisa mais."

"Solicitasse a contratação mínima de pessoal que trabalha, zelador que você não tem na Unidade. O serviço de jardinagem é do agente de saúde, capina a frente do Posto, tem coisa assim de arco da velha aqui."

"Como tem poucas enfermeiras, temos que assumir três, quatro postos de uma vez, então você não consegue fazer uma supervisão assim... pra você é insatisfatória."

4.4.7.3. Capacitação insuficiente

A força de trabalho no Brasil em enfermagem é composta por enfermeiros, na proporção de 8,5%. Os serviços municipais de saúde pes-

quisados não são exceção à essa regra, apresentando uma proporção de enfermeiro de 11,9%. O treinamento, quando não realizado em curto período de tempo, (Londrina e Cambé - onde o curso tem duração de 3 meses) o é em serviço, de forma não planejada e com a supervisão dos próprios auxiliares mais antigos. Os métodos utilizados não são os adequados, como os sugeridos pelo treinamento em larga escala¹¹⁹.

A própria capacitação do enfermeiro, entre os pesquisados na área de Saúde Pública, quer seja a habilitação quer seja a especialização, apresenta baixo percentual, conforme os resultados mostrados pelas tabelas no 4 e 5.

Em um município, dois enfermeiros referiram como fator que interfere no desempenho o fato do secretário não ter formação técnica apropriada.

"... é o próprio grau de instrução, porque quando foi contratado como agente de saúde, não foi exigido o 2º grau, só o 1º grau..."

"Muitas vezes é insuficiente o nível de escolaridade dos atendentes, elas são contratadas a sopetão, e a política que contrata elas. Então, largam a vassoura e vão trabalhar na enfermagem. Chegam ali, você tem que ensinar até ver temperatura pra uma pessoa e muitas delas não sabem ler..."

"Uma coisa que você pensa, que o funcionário é muito bom, só porque ele trabalha há três anos, você vai ver que não é, não é, não sabe, então o nível deles que está dificultando bastante. Eu inclusive me enganei com uma funcionária. Você pensa que é muito boa e de repente não é aquilo. Então até dá medo, porque ela tem uma autonomia: lá no Distrito (rural) é ela - então é o médico da cidade - isso assusta um pouco, o posto lá é o único que tem."

"Mas o trabalho fica difícil, porque eu não fiz especialização em saúde pública. Eu saí da escola e vim trabalhar..."

"Inclusive a minha experiência é pequena e isso às vezes dificulta muito, até pelo próprio fato de não ter acesso aqui a uma habilitação."

"Talvez a própria cabeça do pessoal. Eu acho que os enfermeiros daqui tem um bom nível, mas é mais na parte técnica. Eu acho que a visão de saúde pública está muito pálida.. e a própria visão dos médicos daqui."

"Depois tem a parte de funcionamento mesmo, de auxiliar, pois os mais antigos entraram por indicação política. Não executam as coisas direito, levam tudo do jeito que dá, improvisam, inutilizam as técnicas corretas. A gente tem encontrado muitas dificuldades."

4.4.7.4. Falta de medicamentos, material e insuficiência de verbas

A impropriedade das prioridades das políticas nacionais na área da saúde tem o seu reflexo na área municipal.

A política expansionista da rede de postos dos municípios em detrimento da qualidade, a pouca experiência de muitos profissionais em programação e planejamento, as demandas aumentadas pelo agravamento das condições de vida, a escassez de recursos financeiros levam a permanentes crises nos recursos materiais e na manutenção, dificultando o trabalho e, em consequência, o atendimento da população.

Os municípios, que incluem em suas atividades, o atendimento às doenças mais comuns e frequentes na rede, necessitam desses medicamentos porque ao auxiliar não compete fornecer receitas, mas sim utilizar-se de medicamentos padronizados. Sem contar-se com as características da clientela que, se não dispuser da medicação, não tem poder aquisitivo para comprá-la.

Apenas 11% do total do mercado público (36,1%) circula através da CEME com trezentos e setenta e oito fármacos⁶⁴.

"Tem época que falta medicamentos, principalmente este medicamento básico, este que a gente mais usa, às vezes, você fica assim 15 dias sem AAS."

"O que está dificultando hoje o nosso trabalho? Seria basicamente a falta de medicamentos, nós estamos enfrentando uma crise séria de medicamentos, o nosso grupo de hipertensos está morrendo, porque não tem medicamento, então essa instabilidade. Hoje tem medicamentos, o mês que vem não tem, não é uma coisa certa, todo mês. Isso está dificultando o nosso trabalho, não só medicamentos, como o material, de repente está faltando gáze para fazer curativos..."

4.4.7.5. Falta de transporte

O transporte é necessário não só para deslocamento da equipe em postos da zona rural (enfermeiros, médico, auxiliares de saúde) como também para atender às emergências e suprir de material ou transportar material, para exames laboratoriais a serem realizados em nível central.

A existência de transporte para o trabalho de enfermagem nas comunidades é considerado como de muita importância para eficiência e satisfação no trabalho por 85,8% dos enfermeiros nos estabelecimentos de saúde, no Brasil, em 1983³⁵.

4.4.7.6. Baixos salários

O salário foi considerado como fator interferindo no desemprego por apenas 11,9% dos entrevistados. As razões podem estar relacionadas à forma como a questão foi formulada, já discutida anteriormente e ao fato de que nessa época os serviços municipais de alguns municípios tinham salários semelhantes, senão superiores, aos pagos na área hospitalar. A proposta neo-liberal do governo eleito em março de 1990 e toda a campanha empreendida contra o funcionalismo público pode ter levado a reverter esse quadro e uma nova pesquisa poderá apresentar dados totalmente diferentes, em relação a essa variável, podendo colocá-la não mais em 7º lugar, mas como um dos primeiros fatores de insatisfação.

Os auxiliares de saúde, que executam a maioria das ações com baixos salários, descontentes, impedem que o enfermeiro exija o maior empenho, caindo no malfadado círculo tão conhecido da administração pública: baixos salários-insatisfação-baixa produtividade-ineficiência-turnover.

"... então vem o problema da compensação salarial-vira e mexe em reunião a discussão é essa, um dos maiores problemas é esse. A gente teve um aumento em março, que foi um aumento grande, mas o que aconteceu? Toda a Prefeitura trabalha 6 horas e nós passamos a trabalhar 8 horas; teve aumento salarial mas teve aumento da jornada também."

"O que mais que dificulta? O salário, o salário é muito baixo. De repente eu até questiono porque é que você está lá tanto tempo. Quer dizer tem o seu lado profissional que você não vai deixar cair, você é profissional, mas que o salário interfere bastante, interfere. De repente, uma agente de saúde ganhando Cz\$ 3.000,00 (Cruzados) você vai cobrar como? Quer dizer, esta questão política, essa questão salário acho barra muito pesada. Daí vem a questão de administração mesmo, que é medicamento que falta, é transporte que não tem..."

"Uma dificuldade grande é o salário. Isso aí vai gerar um descontentamento do próprio auxiliar de saúde, acho que acaba sendo primordial, além do empenho que ele tenha com o que ele faz. O salário influencia bastante, você não tem muito que exigir, vem sofrendo crises. Quando entrei há dois meses atrás, eles estavam numa crise de salário, você não tinha como chegar, tudo partia daí, "Como é que vou fazer isso, se não tenho salário."

4.4.7.7. Falta de autonomia e centralização

Os dois fatores podem ser analisados conjuntamente. A autonomia não é exercida, porque algumas atividades, consideradas como de sua competência, não são executadas, porque esbarram em chefias que impedem essas ações. A centralização também é referida por alguns profissionais, que ao desenvolverem projetos, estes não são viabilizados por contrariarem as propostas políticas de secretários ou de prefeitos. O planejamento situacional na área da Saúde de MATUS e o pensamento estratégico de TESTA apud RIVERA¹⁰⁵, por serem propostas recentes, não são do conhecimento desses profissionais, que em sua maioria tem uma visão ingênua, baseada em argumentos técnicos, para contrapor aos políticos que utilizam a saúde para ações populistas e demagógicas.

"... ela (Secretária) não sabe ao certo o que faz uma enfermeira. A gente mostra, mas ela corta, tira autonomia; tudo que a gente vai fazer tem que passar por ela. Você sabe que uma coisa é imprescindível, importante, ela não tem essa visão, ela tem a visão de agradar o prefeito. A gente faz um planejamento bonitinho, a gente trabalha muito junto, chega lá, ela corta. Assim coisas pequenas, porque não contentou Fulano, Beltrano que é vereador, que não sei o que lá... então se se tivesse mais autonomia..."

"... tudo que você vai decidir precisa pedir. Então é muita falta de autonomia."

"E tem também a questão do secretário mesmo, ser muito autoritário. A gente tem a divisão, tem que ser respeitada nossa opinião, tudo, mas sempre acaba sendo a opinião dele, que prevalece mesmo."

4.4.7.8. Ingerências políticas

A municipalização na área da saúde desloca um poder, até então da área estadual para o nível local. Essa proximidade e o mau uso com fins político-partidários da utilização de cargos interferem no trabalho, quando os profissionais e ocupacionais contratados são indicados ou demitidos, não levando em consideração a sua competência técnica. No período pesquisado não era exigido concurso público para o provimento de cargos.

"Tem muita política, porque você tem agentes que não desempenham bem, são indicados politicamente, que você não pode ter ou não pode escolher."

"Você é coordenadora do posto, mas ao mesmo tempo não é, por questão

política. Então de repente você quer de uma maneira, mas você sabe que, lá em cima, eles de outra... então você nunca consegue fazer nada. De repente você só tem o cargo de coordenadora do Posto, mas na realidade você não é."

Os fatores facilitadores relacionados a recompensas externas e internas, como a outra face da moeda, aparecem como dificultadores, acrescido de outros.

Em 1983, o estudo COFEN/ABEN²⁴ mostra que as secretarias municipais relacionaram entre problemas que afetavam a implantação de programas: a infra-estrutura deficiente (87,5%), questões financeiras (81,2%) e recursos humanos (75,0%).

Apesar de controvérsias entre os fatores mais importantes, se os externos (salário, condições de trabalho) ou os internos como autonomia e responsabilidade, tanto um como outro interferem na qualidade da assistência prestada⁸⁸.

A origem da maioria das dificuldades encontradas nos serviços de saúde está na pouca prioridade dada ao social pelo estado brasileiro, em seus três níveis (Federal, Estadual, Municipal) durante muitos anos com poucos recursos financeiros. Algumas ações administrativas poderiam ser feitas pelos serviços municipais, para eliminar alguns fatores e melhorar a satisfação dos profissionais, tais como: acessibilidade aos administradores, participação na tomada de decisões, descentralização da autoridade, cursos de aperfeiçoamento, reconhecimento do valor do trabalho e outras técnicas desenvolvidas pelos administradores^{16, 62}.

4.4.8. Participação na programação

TABELA 13 - Número e porcentagem de participação de enfermeiros na programação das atividades de saúde, em 22 municípios do Paraná, 1988.

PARTICIPAÇÃO NA PROGRAMAÇÃO	Nº	%
Sim	51	43,6
Não	34	29,1
Parcialmente	27	23,1
Sem Informação	5	4,3
T O T A L	117	100,0

Menos da metade dos enfermeiros entrevistados declararam

participar da programação das atividades de saúde. A questão teve que ser explicada algumas vezes, pois os entrevistados, quando questionados se participavam na programação das atividades da instituição, tinham dificuldades em entendê-la. Esse fato era, sem dúvida, reflexo da ausência de programação em vários municípios, descritos na tabela nº 1 e a falta de participação nessas atividades.

RIVERA¹⁰⁵, ao discutir a programação local, afirma que esta deve "comportar um movimento de descentralização do aparelho institucional, que garanta a participação efetiva da população no planejamento". Pretendendo-se que a população participe desse processo, como justificar que quase 30% dos enfermeiros responderam negativamente à questão?

Se a administração excluía participação dos técnicos, como pretende que a mesma seja construída com a população?

Os sistemas de planejamento e de programação deveriam estar regidos pelas premissas básicas do planejamento estratégico, que são a inseparabilidade entre planejamento, programação e gerência e busca da viabilidade, através da análise dos atores e seus projetos¹⁰⁵.

Os que responderam afirmativamente, participavam das reuniões, na elaboração de normas, projetos de municipalização. Programação e Orçamento Integrada (POI), dependendo do seu grau de envolvimento com o nível central), e do fato de ser chefe de postos e coordenadores de departamento.

"Posso dizer por mim, não sei o enfermeiro como um todo. Eu sempre participei na elaboração dos manuais, sempre fui chamada para participar das reuniões, para participar na elaboração de normas, de experiências e tal... posso dizer na gestão passada, nessa gestão nós tivemos participação em termos de treinamento de atendentes..."

"Quase 100% participei da POI, municipalização (projeto de municipalização solicitado pelo governo estadual para repasse de verbas)."

"Eu participo só através da CIMS, porque eu sou secretária da CIMS. Não tenho autonomia pra isso, chegar até o pessoal da política."

"... estamos tentando programar através da avaliação de hoje com a população, já temos uma programação determinada para o ano que vem. É o que se pretende deste ano, sendo uma idéia que já foi levada ao nível central, é tentar fazer um planejamento em cima de prioridades. Como existe tudo para se fazer, e não dá para se fazer tudo de uma só vez, então tentar trabalhar o diagnóstico de saúde local." (o único depoimento que fala em diagnóstico de saúde).

Os que tiveram os seus depoimentos enquadrados como uma

participação parcial, consideravam que contribuíram em algumas instâncias de deliberação como, por exemplo, a divisão de enfermagem ou nas decisões internas com a equipe ou ainda de forma esporádica ou eventual, no caso dos projetos de municipalização ou comissões.

"Bom, a gente nem fica sabendo qual a programação geral da Secretaria. Agora da Divisão, foi feito planejamento, no ano anterior. Programou-se, mas viu-se que depois surgiram tantas prioridades, não deu pra ser feito nada então, sempre tem aquelas eventualidades que não dá mesmo..."

"A gente programa mais a nível local."

"... muito pequena a participação em nível central. A gente fica sabendo quando está feito, mas não é informado antes. A participação vem de comissões, às vezes escolhida. Na participação geral, a gente fica meio sem saber."

"Olha, eu participei da programação, da elaboração do projeto de municipalização, porque é a única forma que a gente tinha de ter acesso a alguma informação do que estava acontecendo, só por isso, porque eu avalio a minha participação, e também de outros profissionais, a nível de interferência de estar programando alguma coisa, de estar pensando ou fazendo um diagnóstico, não existe, então ela é zero. Mesmo a nível de posto, esta semana eu vou discutir isso, vamos fazer uma reunião, não sei das quantas, vamos ter que discutir isso de emergência... Na verdade você apaga incêndios, você tem autonomia pra apagar incêndio, não pra planejar."

O percentual dos que responderam negativamente, (29,1%) consideraram nula a sua participação ou, mesmo quando solicitada, havia interferência de níveis hierárquicos superiores.

"Nula, zero, nada, mera executora de tarefas, mais nada. Só executo, não sei porque. Só cumprio ordens, infelizmente."

"Zero à esquerda. Olha, eu ainda participo de algumas coisas, porque é meu jeito, e eu sou metida. Ninguém pergunta o meu palpite, mas eu vou lá e dou."

"Não tenho participação nenhuma. Só pra você ver uma coisa, até na CIMS, o pessoal não sabe o que acontece, nem a chefia de divisão sabe. Isso, acho que até que repete aquilo que eu te coloquei na característica aí da administração."

"Eu realmente não tenho voz. Não adianta eu dizer que estou precisando disso ou daquilo, pra melhorar naquilo, porque realmente não sou ouvida."

"... eu estou aqui há nove meses, até agora ninguém me pediu opinião nenhuma. Eu acho que não existe participação, que as coisas vem muito prontas prã gente e depois se vai criticar em cima do que está pronto e já não pode ser mais mudado e mesmo que pudesse chegar a fazer uma programação, quando chega a nível do secretário, ele vai caneteando tudo, então eu acho que não existe nenhuma participação mesmo."

"É! Falar, pode. Só que não muda. Depois a discussão termina tipo assim: vai ficar estabelecido que vai ser uma vez por mês como tinha dito. E termina por aí." (da forma como foi narrado, lembra o caso de Henry Ford e sua discussão com os gerentes para decidir a cor dos carros a serem fabricados: quando os gerentes foram chamados para opinar e sugeriram novas cores e Ford que tinha tradicional cor preta, após ampla discussão, na manhã seguinte, quando todos os gerentes aguardavam uma resposta, ele mandou dizer que concordava com a proposta, mas que os carros continuariam tendo a cor preta)⁴⁹.

Os enfermeiros entrevistados pareciam desconhecer o poder, que deveria ser considerado como categoria de análise, quer pela sua escassa formação em ciências administrativas, quer pela pouca experiência de trabalho ou por ser recente a discussão do Poder em nosso meio, tanto no planejamento, como na administração.

A pouca participação na programação, a falta de autonomia e centralização, relacionadas pelos enfermeiros entrevistados, como fatores dificultantes do seu desempenho, poderiam ser superados ou entendidos, se esforços fossem feitos na busca de participação..

Nesse conceito de participação estão subassumidas questões como a distribuição de poder, autoridade e de propriedade, bem como mecanismos de coordenação, integração e processo de tomada de decisão.

No Brasil, obstáculos impedem uma efetiva participação, porque as relações de trabalho reproduzem as condições mais gerais da sociedade: hábitos e costumes autoritários, nepotismo no preenchimento dos cargos, prevalecendo as relações pessoais sobre as impessoais e uma sociedade de indivíduos carentes como cidadãos. Muitas vezes, o discurso institucional e político prega a participação, mas o que se observa é que não existindo sobre a forma de negociação coletiva, comitê de empresa, co-gestão e autogestão, destinados aos trabalhadores coletivamente (participação indireta), ela é mais uma ação pessoal, psicológica, não distribuindo poder, mas o sentimento de estar engajado em uma obra ou ação entusiasmante⁸¹.

As vantagens de se utilizar esta tecnologia, segundo MENDONÇA⁸¹, centrada em técnicas de grupo que propiciam a distribuição

do poder, da autoridade e de propriedade, permitindo no processo de trabalho a formulação de objetivos, resolução de problemas e mudanças organizacionais, reduzindo a alienação do trabalhador, pela ação coletiva resultante do processo necessário ao seu desenvolvimento.

As formas de participação podem ser desenvolvidas de forma pragmática ou sem uma posição ideológica.

A posição ocupada pelos enfermeiros, chefia de postos ou do pessoal de enfermagem, nas secretarias e departamentos de saúde - não indicam vir acompanhada de um poder dentro da organização, seja ele técnico, administrativo ou político, categorias descritos por TESTA apud RIVERA¹⁰⁵ com sua proposta do pensamento estratégico.

Para MALICK⁶⁹ "administrar sem poder termina sendo um trabalho rotineiro, pouco criativo, desgastante... Para a implantação de qualquer proposta se requer relações adequadas entre o administrador, as forças organizadas (internas e externas à organização) e as pessoas."

4.4.9. Participação Comunitária

TABELA 14 - Número e porcentagem de participação de enfermeiros em atividades com a comunidade, em 22 municípios do Paraná, 1988.

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	Nº	%
Sim	66	56,4
Não	46	39,3
Sem informação	5	4,3
T O T A L	117	100,0

Mais da metade dos enfermeiros entrevistados afirmou desenvolver alguma atividade com a comunidade.

As atividades relacionadas como comunitárias foram:

a) Reuniões com a Associação de Moradores.

"... aqui tem 4 associações de moradores, a gente tem reunião mensal com eles, assim meio administrativas... tirar dúvidas em relação as atividades do Centro de Saúde."

"Esse Centro de Saúde tem uma história muito interessante, quem conseguiu o Centro de Saúde foi a comunidade... eles participam realmente, eles vêm, a gente tem uma comissão de saúde. O povo procura, quando tem alguma reclamação, eles vem direto falar com a gente..."

b) Cursos com participação de voluntários.

"... já teve gente que veio se prontificar pra ensinar o curso de enxoval pra bebê, para gestantes."

c) Palestras a grupos.

"... eu participo na forma de palestras..."

d) Treinamento de promotores de saúde ou utilização de voluntários.

"... nós temos um grupo de 5 promotores de saúde, eles atuam há dois ou mais anos, nós temos uma área de abrangência bastante grande."

"... aqui tem determinadas pessoas que sempre estão no Posto, trabalhando voluntariamente, inclusive ajudando na limpeza."

e) Controle das atividades pelas moradoras.

"... assim! o posto num dia, noutro dia, já estava lá a associação de moradores que é tocada por mulheres... Elas passam uma vez por mês no posto pra fiscalizar. (Verificar se não está faltando medicamentos, pessoal)."

f) Seleção de agentes de saúde.

"... ela (população) escolhe os candidatos para depois passar por uma avaliação."

A participação apresenta-se com uma multiplicidade de enfoques e estratégias.

Os profissionais assinalam como participação comunitária simples atividades de educação em saúde, como palestras a grupos da comunidade e para alguns o enfoque era o desenvolvimentista, da década de 50, onde voluntários, frações da classe trabalhadora, são mobilizados, através de trabalho gratuito, para ajudar em atividades, que seriam de competência dos serviços de saúde^{9, 126}.

A participação democrática⁵³, em que é oportunizada a ingerência comunitária na tomada de decisão e na execução dos programas, era desenvolvida em postos de saúde, quando os entrevistados citam a participação das associações de moradores na construção de postos e na avaliação das suas atividades.

Os serviços de saúde, a nível local, se constituem muitas vezes em estruturas anti-participativas pelo caráter autoritário, com que tentam plantar as atividades e as relações assimétricas, que se estabelecem entre os técnicos (detentores do saber) e a comunidade (destituída de informação para poder opinar e contrapor)¹⁰⁹. Os enfermeiros tendem a reproduzir essa relação como representantes que são, em seus postos de tra-

balho, como chefes e supervisores, das diretrizes políticas e organizacionais das secretarias ou departamentos de saúde."⁶². Por outro lado, a carga horária insuficiente, para enfermagem de Saúde Pública, durante a graduação, e locais de estágio, sem desenvolver atividades de participação comunitária, refletem-se nas concepções e ações pouco avançadas e distorcidas da participação comunitária.

5. Associação entre as atividades desenvolvidas, a formação profissional e a organização dos serviços.

QUADRO 12 - Relação entre as atividades desempenhadas por enfermeiros e serviços organizados e não organizados, em 22 municípios do Paraná, 1988.

ATIVIDADES	SERVIÇOS		Z
	Organiza- dos	Não Organiza- dos	
Supervisão	61	24	2,5327 *
Treinamento de Pessoal	43	16	2,5439 *
Consulta de Enfermagem	4	15	3,9634 **
Participação Comunitária	37	29	1,3855
Participação na Programação	29	14	1,0005

* $P_1 > P_2$

** $P_1 < P_2$

Aplicando-se o teste Z para proporção, ao nível de significância de 1%, concluiu-se que:

- em relação à supervisão e ao treinamento de pessoal, existe uma forte evidência de que a proporção de enfermeiros, que desempenhavam estas atividades nos serviços de saúde organizados, é maior do que nos serviços não organizados.

- em relação à consulta de enfermagem, existe uma forte evidência de que a proporção de enfermeiros, que desempenhavam esta atividade nos serviços organizados, é menor do que nos serviços não organizados;

- em relação à participação comunitária e participação na programação, existe uma forte evidência de que essas atividades independiam da estrutura da organização.

Esses achados demonstram as discussões ao longo desse trabalho, em que a consulta de enfermagem era atividade desenvolvida como

proposta em dois municípios, no oeste paranaense, com absorção de uma mesma escola, e em um deles, a relação entre enfermeiros e atendentes era de um por um, em zona urbana, diferente de todos os outros e com uma lógica que contradiz as organizações em nossa sociedade. O processo de produção, mesmo entre os prestadores de serviço, é fragmentado, sendo indesejável que um trabalhador detenha todo o conhecimento. A força do trabalho é constituída de categorias ocupacionais com um baixo salário e camadas médias. Essas últimas tem o poder sobre os demais trabalhadores, funcionando como mediadores da administração, sob a forma de controle, comando e organização, não cabendo a esses profissionais, em nosso caso, os enfermeiros, em sua maioria supervisores, executarem atividades não relacionadas a sua função⁴⁷.

O resultado da aplicação do teste Z, para a relação entre os serviços organizados e participação comunitária e na programação, ao mostrar que essas independem da organização, sugere que as variáveis que compuseram o indicador "serviço organizado", parecem em nossa opinião, inadequadas para evidenciar esta associação.

QUADRO 13 - Relação entre as atividades desempenhadas pelos enfermeiros e escolas de graduação, em 22 municípios do Paraná, 1988.

ATIVIDADES	ESCOLAS						
	UEL	CESU-LON	FEDE-RAL	CATÓ-LICA	FECI-VEL	UEM	Outras
Supervisão	24	08	13	28	05	04	07
Treinamento pessoal	11	05	10	26	03	00	04
Consulta Enfermagem	1	00	01	02	11	00	04
Part. Comunitária	11	03	09	20	13	03	07
Part. Programação	13	01	11	18	03	00	05

Aplicando-se o teste Z para proporção ao nível de significância de 5%, existe uma forte evidência de que:

- A proporção de egressos da FECIVEL apresentou diferenças significativas em relação às outras escolas, na maioria das suas atividades, exceto para a participação comunitária com os egressos da Universidade Federal do Paraná; na participação em programação com os egressos da Universidade Católica do Paraná e CESULON; e no treinamento de pessoal com os egressos da Universidade Estadual de Londrina.

A FECIVEL, dentro das escolas estudadas, mostrou diferenças no processo de formação dos seus alunos, que eram absorvidos em sua maioria em

dois municípios, ocupando não só cargos dentro do nível local, mas em nível central, tendo oportunidade de determinar as características tecnológicas do trabalho a ser desenvolvido. O pouco tempo de formado, a vivência em único campo de prática, impedindo de estabelecer padrões de referência (que permitiriam questionar a prática e o ensino), o maior isolamento de uma escola no sudoeste do Estado (distante de centros de influência como São Paulo e Ribeirão Preto, como é o caso das escolas da região Norte do Estado) e a sua fundação recente sugerem que os egressos dessa escola não segmentassem o processo de formação com o campo de prática.

6. Avaliação e sugestões para a disciplina de Saúde Pública

TABELA 15 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a contribuição teórica da disciplina de saúde pública, no desempenho atual, em 22 municípios do Paraná, 1988.

CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA	Nº	%
Não	49	41,9
Em parte	34	29,1
Sim	27	23,1
Sem informação	7	6,0
T O T A L	117	100,0

A teoria ministrada na disciplina de saúde pública contribui com um percentual bastante baixo no desempenho atual do enfermeiro. Esses achados condizem com a análise do conteúdo programático e carga horária insuficientes, que impedem apropriarem-se de conhecimentos teóricos, que possibilitem uma reflexão sobre a ação e que resultem em uma prática inovadora exigida por sua inserção, em postos de saúde municipais. Se esses se propõem a serem a porta da entrada do sistema e prestar assistência básica, o preparo desses profissionais está muito aquém do papel ampliado do enfermeiro, exigido por esse nível de atuação e pelas necessidades de saúde da população.

TABELA 16 - Número e porcentagem de enfermeiros segundo a contribuição do estágio na disciplina de saúde pública no desempenho atual, em 22 municípios do Paraná, 1988.

CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO	Nº	%
Sim	40	34,2
Não	39	33,3
Em parte	32	27,4
Sem informação	6	5,1
T O T A L	117	100,0

O estágio na disciplina Enfermagem de Saúde Pública teve uma avaliação mais favorável em relação a teoria, como apresentado na tabela nº 20. Apesar das dificuldades em explicitarem quais foram as contribuições do estágio para o desempenho atual (falhas da memória em separar os conhecimentos da disciplina de Saúde Pública e outras afins e os adquiridos na graduação e posteriores a essa), os pontos positivos mencionados foram: maior tempo em estágio, características tecnológicas semelhantes entre o serviço e campo de estágio, turmas com poucos alunos, docentes comprometidos com o trabalho, aquisição de conhecimentos técnicos.

"... nós fizemos dois períodos iniciais em Saúde Pública e no final do curso Administração em Saúde Pública. Então deu para ter uma visão um pouco maior, dedicando um período integral a essa atividade."

"... passamos por estágios em Postos de Saúde no município, não no Estado."

"... trabalhar com a comunidade, montar programas."

"Acho que a nossa formação foi uma coisa boa, porque foi uma turma pequena."

"... dentro do estágio pode-se ver muitas funções, como patologias delegadas e outras."

"Eu peguei fase que tinha boas enfermeiras de saúde pública, que acreditavam no que faziam, e o próprio currículo constava parte maior dessa disciplina."

Tanto a utilização de serviços próprios, como o de outras instituições, não contribuem para superar a dicotomia entre a teoria e a prática.

Os serviços mantidos pelas instituições de saúde municipais

e ou estaduais apresentam deficiências, que inviabilizam a construção de padrões de referência ampliados. A transformação se fará só quando se compreender o processo de trabalho em todas as suas dimensões e a partir daí quais serão as necessidades educativas.

Não foram estudados os campos de prática, mas três escolas mantinham postos de saúde e concentravam os estágios em seus serviços. As outras utilizavam-se de serviços estaduais e municipais.

QUADRO 14 - Número e porcentagem de sugestões para modificação da disciplina de saúde pública dos enfermeiros, em 22 municípios do Paraná, 1988.

SUGESTÕES PARA MODIFICAÇÃO	Nº	%
Conteúdo	87	74,3
Carga horária	50	42,7
Alocação/Integração	22	18,8
Relacionamento Docente/Aluno	14	11,9
Capacitação Docente	6	5,1
Outros	4	3,4
Sem informação	9	7,6

As sugestões foram agrupadas em grandes categorias acima descritas e o maior percentual foi quanto ao conteúdo, seguido pela carga horária.

Pela análise da carga curricular da disciplina, em 1987, e quanto ao seu conteúdo, pode-se afirmar que os entrevistados estavam avaliando coerentemente, na medida em que as maiores proporções de sugestões foram para conteúdo e carga horária.

5.1. Conteúdo

As sugestões para a disciplina quanto ao conteúdo incluíam mudanças curriculares, levando em conta o ciclo vital: do sadio para doente; inclusão de temas e práticas como Política Nacional de Saúde; Farmacologia dos medicamentos da Central de Medicamentos; Participação Comunitária; História da Saúde Pública; Gerenciamento e Administração dos Postos, com planejamento, programação; Epidemiologia; Integração Docente Assistencial com utilização da rede municipal; a prática voltada para atuação e não só observação ou atividades que não correspondem à realidade; ênfase em pediatria, ginecologia e obstetrícia e incentivo a pesquisa.

Seguem-se os depoimentos:

"É reverter todo o quadro, nós temos que ver as pessoas aqui fora, porque depois que elas estão no hospital é até simples."

"Precisava haver uma disciplina que fosse mesmo política nacional de saúde para deixar os alunos inteirados do que está acontecendo em termos de saúde."

"A Universidade tem que ir para a comunidade. Verificar, fazer estudos dessa comunidade, trabalhar a parte de saúde pública mesmo, de epidemiologia, diagnóstico de saúde local e traçar um perfil do profissional em saúde pública em cima das necessidades de saúde dessa população em relação à saúde."

"... que fosse dada mais ênfase na Faculdade sobre as atividades mesmo do enfermeiro, que é avaliação da cobertura vacinal, avaliação do programa."

"Bom, é meio complicado. Eu acho que a escola passa muito a questão técnica. A técnica é importante para você saber como fazer um curativo, vacina e tal. Acho que isso é importante também, mas a cobrança que vem do serviço é mais em termos de administração, de estar supervisionando e essa visão você não tem muito a nível de escola."

"Eu acho que a parte de planejamento é uma coisa de que eu estou sentindo muita falta."

"... noção de planta física, que é uma coisa básica, problemas de medicamentos, numa questão mais ampla, onde conseguir esses medicamentos, porque a gente acaba trabalhando com a aquisição de equipamentos."

"Acho que principalmente nessa parte de educação em saúde."

"Você fica muito restrita ao serviço da escola que é modelo. Acho que poderia vir a conhecer um serviço municipal de saúde, poderia diversificar essa prática aí."

"Se eu fosse aluna e me colocassem no Centro de Saúde da Prefeitura, eu aprenderia muito mais do que naquela época, do que ficar no Centro de Saúde da Secretaria do Estado, que não tem ligação nenhuma com a comunidade, não tem participação, só fica ali, atende consulta, manda embora, chegou a vacina faz, não tem controle, se faltou."

"Não só o aluno ficar observando fazer uma B.C.G., mas o fazer também."

"Eu acho que o aluno tem todas as condições de fazer uma BCG, francamente."

"Ser mais real... você aprende que tem que fazer e pegar uma paciente e em cima você trabalha uma manhã inteira, o que não é uma realidade, você sabe que não é isso. Se pegar uma paciente aqui e ficar com ela 2 horas em consultório, fazendo levantamento, a comunidade inteira cai de pau, porque tem outras todas para você atender."

"Ter um estágio mais real também, ficar mais tempo no Centro de Saúde, permanecer, fazer uma visita domiciliar, conhecer aquela população, criar vínculo com aquela população e com aquela equipe, não ficar lá para fazer uma visitinha e ir embora, pois a gente não aproveita nada com isso ... tentar fazer um plano em saúde pública."

Os conteúdos ministrados nas escolas estudadas mostram-se insuficientes, para que os seus egressos dominem o processo de trabalho na área de saúde pública, pois nos serviços de saúde os objetos de aprendizagem (conteúdo) são complexos, compreendendo aspectos da política, da técnica e da gerência.

5.2. Carga horária

O aumento da carga horária sugerida é da disciplina de saúde pública, para as disciplinas afins e para curso com 4 anos de duração.

"É o aumento da carga horária, porque a partir daí a própria programação seria favorecida, porque se aprende de tudo um pouquinho."

"Se o curso se estendesse mais, e você fizesse uma pressão para ter maior carga horária, independente se não for ter opção que aumente a carga horária de saúde pública, que é um absurdo, você passa dois anos vendo tudo de hospital e só no 7º período tem saúde pública e um estágio de 15 dias, então é difícil."

5.3. Alocação e integração de disciplinas

O currículo fragmentado com disciplinas afins em diferentes períodos no sistema de crédito dificultava ao aluno a interligação entre os vários conteúdos, e a sua posterior aplicabilidade.

"... dar uma visão maior ao aluno do que é realmente a saúde no início do curso de enfermagem, porque você vai aprender o que é saúde, o que é comunidade, quando está se formando... Epidemiologia e Sociologia eu aprendi no comecinho e, quando eu cheguei, e precisava da disciplina lá, eu já tinha até esquecido ou não valorizei na época."

"Eu tive conhecimento de ginecologia e obstetrícia, que depois eu ti-

ve que transportar para a prática de saúde pública, só que eu não conseguia fazer esse transporte, porque as disciplinas eram tão fragmentadas e não havia interligação entre elas, que eu não conseguia me desempenhar bem."

"Acho que a saúde é um todo, então integrar doenças transmissíveis, integrar gineco-obstetrícia, pediatria."

"Saúde pública, na minha opinião, ser ministrada no final do curso, porque você recebe saúde pública que é a primeira matéria que você tem, quando está entrando no 2º ano da Universidade. Deveria ser uma matéria dada durante um tempo maior e no final do curso de graduação."

"A gente deveria optar, porque existe a Administração de Enfermagem. Eu vou querer trabalhar em saúde pública? Então eu vou fazer Administração em Saúde Pública."

5.4. Relação Docente/Aluno

O excessivo número de alunos no estágio em uma escola (12 por docente), supervisão docente menos próxima, maior liberdade para atuação no campo de estágio, o relacionamento conflituoso com os funcionários dos serviços e a aferição da aprendizagem são as questões levantadas pelos ex-alunos.

"... a gente fazia estágio com muitos alunos e os funcionários não nos aceitavam."

"Eu acho que a gente deveria estar assim mais solta..."

"Na época que fiz estágio, eu não tinha enfermeira na Unidade, tinha que ir e fazer. Queira ou não, a gente cria uma certa dependência..."

"Eu achava excelente a forma, com que eles avaliavam a gente, só que eu sentia muita falta do feed-back."

5.5. Capacitação docente

Os docentes desvinculados do serviço e a sua formação específica na área foram também motivos para melhoria do ensino.

"O professor da Universidade devia ter mais contato com as Instituições de prestação de assistência."

"Professores com um pouquinho mais de especialização, não sendo simplesmente graduados..."

As sugestões dos entrevistados mostram-se semelhantes às

análises feitas em anos recentes ou mesmo na história de 20 ou 30 anos atrás, nas propostas de mudanças curriculares dos enfermeiros, que buscam ajustes para a superação da separação entre o ensino e a prática⁵.

Essas dificuldades enfrentadas não são privilégio do enfermeiro brasileiro, mas guardadas as devidas proporções, também dos educadores e prestadores de serviço, nos Estados Unidos e na Inglaterra^{42, 77, 124}.

A disciplina de saúde pública, no curso de graduação em relação aos currículos mínimos, tem sofrido alterações que se demonstram e se refletem, na prática atual.

A Lei nº 775/49, de 06.08.49 sobre o currículo, organizou o curso de enfermagem em 3 séries. A disciplina era ministrada com duração mínima de 3 meses e o estágio poderia ser realizado em zona urbana ou rural⁴⁵.

Em 1962, o novo currículo determinava o desaparecimento da disciplina de Saúde Pública do curso de graduação. A Associação Brasileira de Enfermagem pede revisão do parecer, solicitando a inclusão da disciplina como obrigatória, os conselheiros negam, com o argumento de um ano da especialização em saúde pública, acrescentando no final: "No curso geral, as disciplinas de enfermagem terão em vista os aspectos de saúde pública, correspondente." Do mesmo modo a inclusão de Ciências Sociais é negada: "tal matéria não consta, como obrigatória, no curso de medicina. Como exigí-lo no de enfermagem?... Como matéria complementar, as escolas de enfermagem poderão adotá-la"⁸³.

Os cursos são assim desobrigados de mostrar o que acontece com a população fora do hospital e entender a nossa sociedade.

A não obrigatoriedade da disciplina no currículo mínimo coincide com o declínio das ações de saúde pública²⁹. Declínio que se acentua na década de 60, quando começa a diminuição da participação do Ministério da Saúde no orçamento global da União, passando privilegiar a assistência individual, e não mais as ações de saúde pública, com a destinação de maiores recursos para a Previdência. Com a crise financeira dessa instituição é que se reativam as propostas racionalizadoras, como a descentralização dos aparelhos institucionais de saúde, que levam à municipalização.

A reforma curricular, atualmente vigente, (Lei 5540, art. 26, de 28 de novembro de 1960, e o parecer 163/72) também não a incluem como obrigatória⁸⁴.

O currículo conservou-se linear e rígido⁴⁵.

A reforma universitária, com a implantação do sistema de créditos, foi uma proposta de expansão para a ampliação de vagas no ensino superior, com acréscimo de custos mínimos⁵⁹. Para a enfermagem talvez a

criação do básico, (criado para aproveitamento de vagas em cursos de menor procura) tenha sido o responsável, pelo menos em algumas escolas, pela diminuição da carga do ciclo profissionalizante e, tendo como consequência, um profissional com pouco preparo para desempenhar as suas atividades práticas.

Mesmo nas escolas de enfermagem do Paraná, que mantêm a disciplina Enfermagem de Saúde como obrigatória em sua grade curricular, com uma carga horária mínima, (se dividirmos a carga horária da prática em dias de estágio, o aluno passa 4 semanas em estágio: na escola onde atuamos, o estágio corresponde a 17 dias úteis, em contraposição ao "antigo" que na Madre Léonie, em 1967, era de 3 meses), não atendendo a formação de um enfermeiro generalista e nem voltado para as necessidades da maioria da população.

O conteúdo, face a essa carga horária mínima, não tem a menor possibilidade de capacitar até em procedimentos básicos. Entre os procedimentos técnicos pode-se citar o B.C.G., que é vacina obrigatória no 1º ano de vida. Tendo em vista o número de postos de saúde existentes nos municípios, o pessoal auxiliar com treinamento curto e a pequena proporção de enfermeiros com Habilitação em Saúde Pública para o Paraná, seria necessário que o enfermeiro, ao sair da graduação, estivesse capacitado para executar tal procedimento na rede de postos municipais.

Os argumentos da necessidade de um número de aplicações para ser um profissional em condições de aplicação devem ser repensados como uma tradição, que tem suas origens no treinamento do teste tuberculínico, feito pela Divisão Nacional de Tuberculose, quando da introdução das hoje antigas seringas de metal para aplicação de P.P.D.. Este treinamento foi feito por uma enfermeira sueca para os enfermeiros, que seriam multiplicadores da técnica, exigindo 500 aplicações e leitura dupla-cega com leitora padrão. O B.C.G. segue o mesmo rigor no treinamento, talvez por ser uma das poucas técnicas pela via intra-dérmica. Esse número exigido pelo treinamento pode ser diminuído, tendo em vista a habilidade das alunas e, de outro lado, as características de um país, que tem altos índices de tuberculose.

Ao docente cabe facilitar essa aprendizagem, selecionando como campo de prática não só postos, que, por terem área delimitada, apresentam baixa demanda para a vacina B.C.G., alguns esperando ter um número maior de crianças, para não inutilizar doses de vacina, marcam um dia no mês ou na semana.

O B.C.G., como as outras vacinas, é procedimento específico da Saúde Pública e também a sua via de aplicação, intra dérmica, é rara de acontecer em outros campos de estágio.

A ausência de temas com Política Nacional de Saúde, que ampliam a compreensão do sistema de saúde, também são apresentados como sugestão para a melhoria do desempenho.

As propostas para a correção dessas disfunções entre o ensino e a prática é preocupação ao longo da nossa história. DOURADO⁴⁴ em 1946 assinalava: *"a comunidade deve oferecer oportunidade de ensino dos fatores sociais e econômicos que influenciam a doença e a saúde, não somente no fim do curso, mas desde o período pré-clínico"* ou quando em 1952, ALCANTARA⁵ afirma: *"As nossas enfermeiras recém-formadas são obrigadas a aceitar postos de chefia em serviços hospitalares e de saúde pública, ou cargos de ensino em escolas de enfermagem, para os quais não estão preparadas, decorrendo dessa situação frustração por parte das enfermeiras e pouca eficiência nos serviços..."*

"Todos precisam compreender que o ensino de uma escola de enfermagem não se restringe a uma acumulação de informações novas e nem à aquisição de habilidades manuais. A escola deve desenvolver no estudante a capacidade de pensar, de comunicar-se, de discriminar valores humanos e de fazer julgamento."

PINHEIRO⁹⁹, no VI Congresso Brasileiro de Enfermagem, propondo mudanças curriculares, constata: *"Do estudo do currículo seguido nas escolas de enfermagem e da observação das funções, que nossas enfermeiras estão exercendo, que conclusão tiramos? Que quase todas nossas diplomadas, numa maioria esmagadora, estão exercendo funções para os quais não foram preparadas. Parece um paradoxo, mas é uma realidade... Por isso mesmo é que vimos propor aqui uma revolução: a de prepararmos enfermeiros chefes e supervisores em nossas escolas."*

Recomenda que as escolas de enfermagem promovam a revisão curricular, procurando selecionar as atividades dos estudantes e eliminar as repetições excessivas, afim de tornar possível a inclusão, no currículo, de noções de Administração, Pedagogia e Supervisão, acompanhadas da prática correspondente.

As disciplinas foram incorporadas, mas parece que isso não resolveu a questão, porque os enfermeiros de hoje continuam com dificuldades em fazer o ajuste entre o que a escola ensina e o que o serviço exige.

Em 1978, PAIM e col.⁹⁷ acreditam que as propostas de extensão de cobertura com regionalização dos serviços é a oportunidade de se pensar em inovações no ensino, condicionadas por uma nova prática.

SILVA¹¹³, estudando o marco conceitual e estrutural dos currículos de enfermagem de 1920 a 1970, encontra-os voltados para os modelos tradicionalistas e aponta para a década de 80 algumas propostas reformistas, como a ideologia voltada para a afirmação do status profissional, definição de

papéis e busca de autonomia, integração docente assistencial, extensão de cobertura de serviços, determinação do mercado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

O final da década nos encontra na situação retratada pelo presente estudo quanto à prática e formação em saúde pública, sem conseguir superar essas questões, que permeiam tanto a escola como os serviços: a necessidade de forjar novos perfis de liderança, desenvolvimento de capacidades técnicas para a gerência dos serviços, assim como de aspectos clínicos e epidemiológicos para a assistência individual e coletiva^{86, 87}.

A dispersão e o pequeno número de profissionais nos municípios pesquisados podem dificultar a sua dispensa para curso de educação continuada em centros maiores, onde estão localizadas as escolas de enfermagem e as regionais de saúde; tendo em vista essa conformação, é necessário que os ajustes sejam feitos nos currículos durante a graduação.

Sabe-se que a segmentação entre a escola e a prática parece difícil de ser superada com reformulações curriculares, pois mesmo a enfermagem na Inglaterra, onde no curso de 3 anos, o estudante é ao mesmo tempo aprendiz e trabalhador e passa de 6 a 8 semanas em enfermarias, os estudantes recebem uma visão idealizada dos enfermeiros educadores, mas esperando trabalhar de forma diferente, reconhecendo e acatando o fato de que o que é ensinado pela escola não tem semelhanças com o que encontra nas enfermarias⁷⁷.

A Universidade brasileira em crise, "como Instituição corporativista que é, tem dificuldade em distinguir o saber real do saber imaginário... Em geral trata-se de uma Universidade mal aparelhada, com laboratórios ineficientes e bibliotecas paupérrimas. O recrutamento forçado entupiu-a com professores incompetentes", devido ao ciclo expansionista de 1968⁵⁵.

Dessa análise mais global que o autor faz, o que se pode dizer de uma das escolas que tem apenas 3 enfermeiras em seu corpo docente?

A disciplina de Saúde Pública, em um Estado com 46,2% da população economicamente ativa, recebendo até dois pisos salariais, deveria ter aderência a esta realidade, mas isso não ocorre, pois a escola conforma-se às necessidades do capital, que neste país parece não se preocupar com esta população⁵¹.

Frente a esse quadro, o ajuste não pode ser só curricular com capacitação dos docentes, mas parece ser a medida que ao seu alcance e que a curto prazo reverterá em melhoria para a formação de enfermeiros no Estado do Paraná.

As sugestões dos egressos quanto à carga horária, conteú-

do, relação docente/aluno, capacitação dos professores devem remeter às escolas às discussões sobre o currículo e as mudanças necessárias para o egresso exercer as suas funções em postos de saúde municipais. Os participantes dos seminários para elaboração de um novo currículo mínimo reinvidicam transformações, apontam para a compreensão da conjuntura do país, a Política Nacional de Saúde, os princípios da Reforma Sanitária, a Lei do Exercício profissional, ênfase no compromisso social do enfermeiro, aumento do currículo em horas e anos, extinção das habilitações indicando revisão das áreas de ciências biológicas, humanas e de saúde pública. Caberá a cada curso delinear o perfil, marco conceitual, o trabalho com a comunidade, estratégias para integração docente-assistencial, articulação do pré-profissional com o profissional e da pesquisa com a pós-graduação^{12, 122}.

V. CONCLUSÕES

V - CONCLUSÕES

Quando se considera a integração proposta pela OPAS alicerçada no tripé constituído pelo sistema formador de recursos humanos, pelo processo de trabalho e pelo papel do Estado na prestação de serviços nos postos de saúde de 22 municípios do Estado do Paraná, onde existem enfermeiros, os dados colhidos indicam que a prestação de serviços ainda é feita de maneira bastante elementar. Detectam-se insuficiências nos três componentes envolvidos na integração, o que acaba por caracterizar os serviços como pouco integrados às práticas modernas sugeridas ao exercício da enfermagem em Saúde Pública. Na caracterização dos enfermeiros dos postos de saúde e do aparelho formador, grande número das informações obtidas reforçam este ponto de vista, a saber:

- 91,4% dos enfermeiros graduaram-se nas escolas do próprio Estado do Paraná, sendo que 35,8% formaram-se nos últimos 2 anos. Isto mostra um grande contingente de recém-graduados, com pouca experiência profissional. Além disso, apenas 42,7% dos enfermeiros tinham algum curso de especialização lato sensu em Saúde Pública;

- Mais da metade dos enfermeiros atuavam havia menos de 2 anos nos serviços. Frequentemente eram os primeiros enfermeiros do serviço, não contando, pois, com a orientação de enfermeiros mais experientes. Quando se estuda a carga horária desses profissionais, vê-se que 95,8% tinham uma carga horária mínima de 30 h. Apenas 12,0% dos enfermeiros não exerciam atividades externas aos postos de saúde. A relação enfermeiros/auxiliares mostrou grande variação: desde 1:1 até 1:23; também foi grande a variação enfermeiros/postos de saúde sob sua supervisão: desde 1:1 até 1:12;

- As atividades administrativas intrapostos citadas com maior frequência foram: supervisão (76,1%), organização do serviço (47,0%), elaboração de relatórios/escalas (39,1%), coordenação de programas (31,6%) e chefia do posto de saúde (25,6%). Em relação às atividades assistenciais, 83,8% dos enfermeiros faziam o atendimento de enfermagem. Atividades encampadas recentemente pela ASP, como consulta de enfermagem e visita domiciliar, eram desempenhadas por baixas porcentagens de enfermeiros (16,2% e 13,7%, respectivamente). Dentre as atividades educativas, 50,4% dos enfermeiros exerciam o treinamento de pessoal e de grupos, geralmente constituídos, os últimos, por setores específicos da clientela. As atividades de pesquisa foram referidas por apenas 4,2% dos enfermeiros. Esta atividade não é considerada prioritária nos postos de saúde, pois os mesmos têm como principal função a prestação de serviços. No entanto mostra que pelo menos alguns postos têm uma estrutura que se destaca dos demais, permitindo tal

atividade. Dentre as atividades externas aos postos de saúde as referidas com maior frequência foram: participação em reuniões (54,7%), programas com creches e/ou escolas (40,1%), coordenação em nível central (10,2%) e participação em comissões (10,2%);

- Quando se estuda a organização dos serviços considerando-se a existência ou não de programas, atribuições do enfermeiro e do auxiliar de Saúde e Manual de Normas e Procedimentos, verifica-se que menos de 1/3 dos municípios dispunham desses instrumentos. As atribuições dos enfermeiros foi o subitem encontrado com maior frequência, em 50,0% dos serviços. Esses dados mostram que a maioria dos municípios não possuem uma organização mínima em seus serviços de saúde;

- Dentre os fatores institucionais facilitadores do desempenho, os citados com maior frequência foram: bom relacionamento dentro da equipe (33,3%), apoio institucional (31,8%), autonomia profissional (10,2%) e existência de diretrizes políticas (7,6%). A gama dos fatores institucionais dificultadores do desempenho foi muito grande. Destacam-se: planta física inadequada (46,4%), insuficiência de recursos humanos (36,6%), capacitação insuficiente de recursos humanos (27,6%) e falta de medicamentos (22,3%). É interessante observar que alguns fatores citados como facilitadores também o foram como dificultadores, como, por exemplo, a falta de relacionamento dentro da equipe (11,6%) e a falta de autonomia (8,9%);

- A prática e a formação profissional, quanto a escola de graduação, mostrou diferenças estatisticamente significantes para a maioria das atividades selecionadas (supervisão, treinamento de pessoal, consulta de enfermagem, participação comunitária e na programação) para os egressos da Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel (FECIVEL), em relação aos egressos das outras escolas, exceto quanto à participação comunitária com os egressos da Universidade Federal do Paraná, participação na programação com os egressos da Universidade Católica do Paraná e o Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON) e o treinamento de pessoal com os egressos da Universidade Estadual de Londrina;

- A relação entre os serviços organizados e as atividades selecionadas (supervisão, treinamento de pessoal, consulta de enfermagem, participação comunitária e participação na programação) mostrou-se estatisticamente significativa, com forte evidência que a proporção dos enfermeiros, que desempenhavam atividades de supervisão e treinamento nos serviços de saúde organizados, era maior do que nos serviços não organizados;

- Muitas insuficiências foram anotadas pelos enfermeiros em relação ao curso de graduação, na disciplina "Enfermagem de Saúde Pública". 41,9% dos enfermeiros classificaram o conteúdo teórico como inadequado para suas práticas. Isso corresponde ao encontrado quando se analisam as emen-

tas dessa disciplina. De fato, nenhuma escola apresentava temas voltados ao planejamento e programação em saúde; pouca ênfase é dada às atividades administrativas. Por outro lado a pequena carga horária impede que temas importantes sejam incluídos. Também a adequação em relação ao estágio é considerada baixa: apenas 34,3% consideraram-na eficiente. Tais deficiências são percebidas por grande número de enfermeiros, que sugerem, como mudanças curriculares necessárias relativas ao conteúdo, aumento da carga horária geral, e, especificamente à dedicada à temas como Administração, Política Nacional de Saúde e Participação Comunitária, entre outros.

- De modo geral o currículo não está adaptado às exigências do exercício profissional. Além das deficiências citadas, algumas práticas são ultrapassadas, enquanto que os novos avanços em áreas como Administração e Epidemiologia raramente são levados à discussão na disciplina. Isto é em parte ilustrado pela adoção do livro de LEAVELL & CLARK em 5 escolas, o qual analisa a doença do ponto de vista ultrapassado da multicausalidade e não como um processo de caráter histórico e social.

- Os dados obtidos mostram que a qualidade dos serviços oferecidos estão aquém do desejado. Os fatores de insuficiência são detectados desde a formação dos enfermeiros nos cursos de graduação, contribuindo para que os mesmos saiam das escolas totalmente inexperientes, até os vários fatores dificultadores do desempenho apontados nos postos de saúde, englobando desde problemas de direção até problemas de relacionamento dentro das equipes.

- Vê-se, portanto, que a melhoria desses serviços deve passar, necessariamente, por esses três níveis de integração.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, N.P. Campos de prática de enfermagem de saúde pública no Estado de São Paulo. São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
2. AHUMADA, J. et al. Problemas conceptuales y metodologicos de la programacion de la salud. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1965. (OPAS - Publicación Científica, 111).
3. AIS: uma estratégia para as transformações. Rev. Espaço para a saúde, 1:25, 1989.
4. ALBUQUERQUE, M.C. A enfermeira e a AIS no Paraná. [Apresentado à 6ª Jornada Catarinense de Enfermagem, Florianópolis, 1986 - mimeografado].
5. ALCANTARA, G. de Currículo de escolas de enfermagem na sociedade: integração da escola de enfermagem na sociedade. An. Enferm., 5:301-8, 1952.
6. ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S.Y. O saber de enfermaem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986.
7. ALVES, D.B. Mercado e condições de trabalho da enfermagem. Salvador, Gráfica Central, 1987.
8. ALVES, M. Organização do trabalho na enfermagem. Belo Horizonte, 1991. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG].
9. AMMANN, S.B. Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil. 5ª ed. São Paulo, Cortez, 1985.
10. ARCH, M. & GRAETZ, B. Work satisfaction, unionism and militancy amongst nurses. Community Hlth Stud., 13:177-85, 1989.
11. ARNS, O. Um relance histórico. Inform. ABEn., Curitiba, 3:1, 1979.
12. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Sobre uma nova proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro. Brasília, 1989. [mimeografado].
13. BARRENECHEA, J.J. et al. Implicaciones para la planificacion y administracion de los sistemas de salud: salud para todos en el año 2000. Colombia, Universidade de Antioquia, 1990.
14. BEDEJAN, A.G. et al. The relationship between role stress and job-related, interpersonal and organizational climate factors. J. soc. Psychol., 113:247-60, 1981.
15. BITTEL, L.R. Supervisão eficaz. São Paulo, McGraw Hill, 1982.
16. BONJEAN, C.M. et al. Increasing work satisfaction through organizational change: a longitudinal study of nursing educators. J. appl. behav. Sci., 18:358-69, 1982.

17. BOEMER, M.R. et al. Proposta alternativa para produção científica de enfermeiros assistenciais. Rev. Esc. Enferm., S. Paulo, 24:211-23, 1990.
18. BRAINARD, A.M. The evolution of public health nursing. Philadelphia, Saunders, 1922.
19. BRASIL. Leis, etc. Lei nº 7.498 de 15 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986.
20. BUENO NETO, C. Composição da equipe dos centros de saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba. Curitiba, Prefeitura Municipal de Curitiba, 1987.
21. BURLAMAQUE, C.S. et al. Avaliação da produção científica dos enfermeiros do Rio Grande do Sul. Rev. Gaúcha Enferm., 7:157-79, 1986.
22. CALLAHAN, C. B. & WALL, L.L. Participative management: a contingency approach. JONA, 17(9):9-15, 1987.
23. CAMARGO, A.P.S. et al. Situação da produção científica em enfermagem no Estado de Santa Catarina. Rev. Gaúcha. Enferm., 7:180-98, 1986.
24. CARMEL, S. et al. Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physicians' strike. Soc. Sci Med., 28:1315-20, 1989.
25. CARTA de Montes Claros: muda saúde. Saúde Deb., 17:50-1, 1985.
26. CARVALHEIRO, J. da R. La investigación de necesidades de salud en relación con la prestación de servicios. Cuad. Méd. Soc., Rosario, (34):15-23, 1985.
27. CAVANAGH, S.J. Nursing turnover: literature review and methodological critique. J. Advanc. Nurs., 14:587-96, 1989.
28. CEDENO, M. et al. Participación actual de la enfermera en la actividades comprendidas en el papel ampliado de enfermeira. Educ. Med. Salud, 2:196-208, 1979.
29. CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM. Associação Brasileira de Enfermagem. Simpósio: reflexões sobre o processo de trabalho de enfermagem na organização dos serviços de saúde na sociedade brasileira, Brasília, CEPEn/ABEn, 1987.
30. CEREZO, L.V. et al. El futuro de la enfermería em América Latina. Educ. Med. Salud, 13:428-40, 1979.
31. CHIAVENATO, I. Administração de empresas. São Paulo, McGraw Hill, 1982.
32. CHIAVENATO, I. Administração: teoria, processo e prática. São Paulo, McGraw Hill, 1987.
33. CONCLUSÕES dos dois anos do grupo de saúde da AMEPAR. J. Saúde AMEPAR, 17:4, 1986.

34. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma Ata, 1978. Relatório. Brasília, OMS/UNICEF, 1979.
35. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil - 1982/1983: enfermagem no contexto institucional. Rio de Janeiro, 1986.
36. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil - 1982/1983. Rio de Janeiro, 1985.
37. CORDONI JR., L. Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP.]
38. CORDONI JR., L. Participação social em saúde: experiência do Paraná. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais, Brasília, Ministério da Saúde, 1986, p. 307-11.
39. CORDONI JR., L. Serviços municipais de saúde no Paraná: tendências e perspectivas. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP.]
40. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de funcionamento dos Centros de Saúde. Curitiba, 1987. [mimeografado].
41. DALLARI, S.G. Municipalização dos serviços de saúde. São Paulo, Brasiliense, 1985.
42. DEIMAN, P.A. et al. BSN education and PHN practice: good fit or Mismatch? Nurs. Outlook, 36:231-33, 1988.
43. DI LASCIO, C.M.D.S. Satisfação no desempenho profissional da enfermeira: estudo sobre necessidades psicossociais. Rev. Esc. Enferm., S. Paulo, 14:321-31, 1980.
44. DOURADO, H.G. & DOURADO, R.G. Organização de escolas de enfermagem no Brasil. An. Enferm., S. Paulo, (18):21-25, 1946.
45. DUARTE, A.B. Visão histórica dos currículos de enfermagem. Cad. Trab. Cient., R. de Janeiro, 1:26-35, 1989.
46. ESTUDO comparativo da implantação e desenvolvimento das ações integradas de saúde - Estado do Paraná. Londrina, UEL/NESCO, 1991.
47. FISCHMANN, R. Trabalho e capital monopolista: contribuição para o estudo da obra de H. Braverman. R. Fac. Educ., S. Paulo, 12:189-97, 1986.
48. FRANCO, L.H.R. de O. Consulta de enfermagem. COFEN, 1(8), 1989.
49. FREIRE, P. Como trabalhar com o povo. São Paulo, Associação Paulista de Saúde Pública, 1983.
50. FREIRE, P. Extensão ou comunicação. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.

51. FUNDAÇÃO IBGE. Pesq. Nac. Amost. Dom., Rio de Janeiro, 12(5):277, 1988.
52. GADOTTI, M. Ação pedagógica e prática social transformadora. Educ. & Soc., (4):5-14, 1979.
53. GALLARDO, L.D. Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en America Latina. Bol. Ofic. sanit. panamer., 96:314-25, 1984.
54. GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1984.
55. GIANNOTTI, J.A. A universidade e a crise. Novos. Est. CEBRAP., (10): 32-41, 1984.
56. GONÇALVES, R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de São Paulo. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP.]
57. GORZ, A. Crítica da divisão de trabalho. São Paulo, Martins Fontes, 1980.
58. HADDAD, J. Desarrollo educacional en Salud: perspectivas para el año 2000. Educ. Med. Salud., 20:448-57, 1986.
59. HUMPHRIS, G.M. & TUNER, A. Job satisfaction and attitudes of nursing staff on a unit for the elderly severely mentally infirm with change of location. J. advanc. Nurs., 14:298-307, 1989.
60. ÍNTEGRA do relatório final da 8ª CNS. Rev. Espaço para a Saúde, 1: 44-6, 1989.
61. JOHNSON, J.A. & BERGMANN, C.L. Nurse managers at the brokers table: the nurse executive role. JONA, 18(6):18-21, 1988.
62. KARSCH, U.M.S. Consumir assistência médica: um direito do cidadão paulistano. In: COVRE, M. de L.M. org. A cidadania que não temos. São Paulo, Brasiliense, 1986. p. 85-94.
63. KURCGANT, P. Liderança em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991.
64. LAPORTE, J.R. et al. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo, HUCITEC, 1989.
65. LINDQUIST, K. & HART, K. How hospitals are respoding to the shortage. Am. J. Nurs., 88:1206-10,
66. LOPES, M.J. Discurso proferido por ocasião da colação de grau em Enfermagem da turma 87/1 da Escola de Enfermagem da UFRS. Rev. Gaúcha Enferm., 9:125-27, 1988.
67. LOPES, M.J. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado feminino, doméstico e desvalorizado. Rev. bras. Enferm., 41:211-17, 1988.

68. MACEDO, C.G. de. Política de recursos humanos en salud. Educ. Med. Salud, 20:415-23, 1986.
69. MALIK, A.N. Teoria da administração: uma perspectiva, 1990. [mimeografado].
70. MANSFIELD, P.K. et al. The job context index: a guide for improving the "fit" between nurses and their work environment. J. advanc. Nurs., 14:501-8, 1989.
71. MARCH, M. Educação sanitária e cuidados de enfermagem a domicílio. An. Enfer., 16:57-60, 1947.
72. MÁRQUEZ, P.V. & ENGLER, R. Crisis y salud: retos para la década de los 90. Educ. Med. Salud, 24:7-25, 1990.
73. MARSIGLIA, R.G. Medicina social: evolução de um campo de idéias e de práticas. Temas IMESC., 1:3-11, 1984.
74. MARTIN, G.M. & OIKAWA, L.T. Municipalização da assistência à saúde em Cambé. Saúde Deb., 21:13-15, 1988.
75. MASCARENHAS; R.S. et al. Introdução à administração sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1972. [mimeografado].
76. McDOWELL, H.H. Programa de enfermeras com funciones ampliadas para la atención primaria de salud en el Caribe Central. Bol. Ofic. sanit. panamer., 96:425-38, 1984.
77. MELIA, K.M. Student nurse construction of occupational socialisation. Soc. Health and Illnes., 6:132-51, 1984.
78. MENDES, D. de D. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm., 9:67-72, 1988.
79. MENDES, E.V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.
80. MENDONÇA, L.C. de. A participação do cidadão nas decisões da administração pública. Rev. Adm. públ., 18:175-82, 1984.
81. MENDONÇA, L.C. de. Participação na organização: uma introdução aos seus fundamentos, conceitos e formas. São Paulo, Atlas, 1987.
82. MERCER, H. La medicina social en debate. Cuad. Méd. Soc., Rosário, (42):5-13, 1987.
83. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 271: currículo do curso de Enfermagem; Aprovado em 19/10/62. Documenta, (10):54-60, 1962.
84. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 163/72, C.C.R.: currículos. Aprovado em 28/01/72. Documenta, (135):261-64, 1972.

85. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. 3ª ed. Brasília, 1983.
86. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A educação continuada de enfermeiros no sistema único de saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.
87. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema único de saúde: diretrizes para formulação de política de recursos humanos. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
88. MOTTAZ, C.J. Work satisfaction among hospital nurses. Hosp. Health. Serv. Adm., 33:57-75, 1988.
89. NAKAMAE, D.D. Bases para o encaminhamento da questão do ensino de enfermagem. São paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da USP.]
90. NOGUEIRA, M.J. de C. Assistência primária: uma responsabilidade para a enfermeira brasileira. Rev. Esc. Enferm., S. Paulo, 17:89-105, 1983.
91. NOGUEIRA, M.J. de C. Ensino de Enfermagem Comunitária em São Paulo. Rev. Esc. Enferm., S. Paulo, 15:95-117, 1981.
92. NORMAS e critérios de competência: enfermeiras e enfermeiros do Quebec. São Paulo, Cortez, 1989. (Cadernos de Enfermagem, 2).
93. NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE. Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde. Fundação W.K. Kellogg. Relatório final do grupo de trabalho sobre a participação da enfermagem na atenção primária de saúde. Rio de Janeiro, 1983.
94. NUNES, E.D. org. Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez, 1989.
95. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. El papel de la enfermera e la atención primaria de salud. Washington, D.C., 1977. (Publicación Científica, n. 348).
96. ORGANIZAR a defesa das propostas dos municípios. J. Saúde AMEPAR, (26):1, 1987.
97. PAIM, L. et al. As inovações no ensino superior de enfermagem face a assistência à saúde da população. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 3, Belém, 1978. Anais, Brasília, ABEn, 1978. p. 11-115.
98. PILARES, V. Recursos humanos: (des) considerações gerais. São Paulo, Nobel, 1991.
99. PINHEIRO, M.R.S. A inclusão da pedagogia, supervisão e administração no currículo das escolas de enfermagem. An. Enferm., S. Paulo, 5: 319-33, 1952.

100. PROGRAMA colaborativo de estudios sectoriales sobre recursos humanos. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1991 [mimeografado].
101. REID, V.V. La ensenanza basica de enfermeria para la atención primaria de la salud en el Caribe del habla inglesa. Educ. Méd. Salud, 3:284-301, 1984.
102. RELATÓRIO final da reunião de trabalho sobre ações integradas de saúde. Saúde Deb., 17:23-4, 1985.
103. RELATÓRIO final do grupo de trabalho sobre organização dos serviços de saúde. [Apresentado ao 5º Encontro Municipal do setor Saúde, Londrina, 1978 [mimeografado].
104. RIBEIRO, M.N.F. & GOULART, S.F. História da pesquisa em enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm., 5:299-304, 1984.
105. RIVERA, F.J.U., org. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo, Cortez, 1989.
106. ROBERTS, D.E. Enfermeria de salud de la comunidad: conceptos y estrategias. In: Organizaci6n Panamericana de la Salud. Antologia de experiencias em serviço y docencia en enfermeria en América Latina. Washington, d.C. 1980. p. 24-43. (Publicación científica, 393).
107. ROCHA, S.M. de M. A puericultura e a enfermagem no Estado de São Paulo. São Paulo, 1985. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.]
108. ROSEN, G. A history of public health. New York, M.D. Publications, 1958.
109. ROUX, G. de et al. Participacion social y sistemas locales de salud. In: Organizacion Panamericana de la Salud. Los sistemas locales de salud. Washington, DC, 1990. p. 28-49. (Publicación Científica, 519).
110. SANTOS, N.R. Novo profissional de saúde: aspectos da perspectiva em atenção primária e regionalização. Rev. bras. Educ. med., 1:17-21, 1980.
111. SCHRAIBER, L.B., org. Programação em saúde hoje. São Paulo, Hucitec, 1990.
112. SECRETÁRIOS Municipais paulistas organizam colegiado e fazem sugestão. J. Saúde AMEPAR, 26:8, 1987.
113. SILVA, A.L.C. Marco conceitual e estrutura dos currículos dos cursos de graduação. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, 1979. Anais, Brasília, ABEn, 1979. p. 107-14.

114. SILVA, E.M. Supervisão em enfermagem: Análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80. São Paulo, 1991 [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
115. SILVA, G.B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986.
116. SILVA, V.E.F. da. Manuais de enfermagem. In: ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM, São Paulo, EPU, 1991. p. 59-72.
117. SILVEIRA, M.M. Municipalização dos serviços de saúde. RADIS, 1982, p. 3-8.
118. SONIS, A. La investigacion de servicios de salud: problemas actuales. In: Organizacion Panamericana de la Salud. Los sistemas locales de salud. Washington, D.C. 1990. p. 443-49 (Publicacion Científica, 519).
119. SOUZA, A.M. de A. et al. Processo educativo nos serviços de saúde. Brasília, OPS, 1991.
120. SOUZA, R.K.T. Relato da prática de enfermagem na rede de atendimento básico a saúde no município de Cambé. Londrina, 1985. [mimeografado].
121. STEAGALL-GOMES, D.L. Identificação do enfermeiro na força de trabalho de enfermagem de saúde pública no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
122. SUBSÍDIOS para elaboração de uma proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro. Rev. bras. Enferm., 41:179-82, 1988.
123. SUDS no Paraná. Rev. Espaço para a Saúde, 1:74-5, 1989.
124. TANSEY, E.M. & LENTZ, J.R. Generalists in a specialized profession. Nurs Outlook, 36:174-78, 1988.
125. TEIXEIRA, S.M.F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. Rev. Adm. Públ., R. de Janeiro, 24:78-99, 1990.
126. UGALDE, A. Las dimensiones ideológicas de la participacion comunitaria em Latinoamérica. Cuad. Méd. Soc., Rosario, (41):27-43, 1987.
127. VIEIRA, C. Enfermagem e atenção primária à saúde no Brasil: contribuição para uma crítica. [Apresentado ao grupo de trabalho sobre a participação da enfermagem na atenção primária de Saúde, Rio de Janeiro, 1983 - mimeografado.]
128. WEAM, E. Obstetrícia e saúde pública na Inglaterra. An. Enferm., São Paulo, (4):236-40, 1953.

129. YUNES, J. & CAMPOS, O. O papel da Faculdade de Saúde Pública na formação de recursos humanos para a saúde. Rev. Saúde Públ., S. Paulo, 18(n. esp.):61-6, 1984.
130. ZAROOUR, D.M. et al. Perfil da enfermeira na SSPS/PML. Londrina, Secretaria de Saúde e Promoção Social de Londrina, 1984. [mimeografado].

ANEXOS

ANEXO Nº 1

EGRESSOS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM DO PARANÁ

TABELA 17 - Evolução do número de egressos dos cursos de enfermagem do Paraná, 1957 - 1987, Paraná, 1988.

ANO	Nº
1957	06
1958	09
1959	07
1960	08
1961	10
1962	08
1963	12
1964	06
1965	06
1966	00
1967	06
1968	16
1969	10
1970	21
1971	24
1972	33
1973	22
1974	48
1975	09
1976	53
1977	85
1978	97
1979	102
1980	133
1981	99
1982	178
1983	253
1984	217
1985	268
1986	328
1987	296
TOTAL	2.369

ANEXO Nº 3

TABELA 18 - Número de enfermeiros com vínculo empregatício nos postos de saúde dos municípios segundo número de entrevistados e existentes na rede, Paraná, 1988.

MUNICÍPIOS	ENTREVISTADOS	EXISTENTES
Almirante Tamandaré	02	01
Apucarana	03	05
Arapongas	02	02
Araucária	06	06
Cambé	05	05
Campo Mourão	03	04
Cascavel	11	16
Curitiba	41	42
Foz do Iguaçu	03	03
Guarapuava	02	02
Ibiporã	02	02
Jaguariaiva	01	01
Londrina	15	16
Maringá	04	05
Palotina	02	02
Piraquara	01	01
Ponta Grossa	04	06
Pranchita	01	01
Rio Branco do Sul	01	01
Rolândia	03	03
São José dos Pinhais	01	01
Toledo	04	06
T O T A L	116	128

ANEXO Nº 4

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Município: _____

Atribuições de Enfermeiros

☐ Sim☐ Não

Atribuições de auxiliares de Saúde

☐ Sim☐ Não

Programas do Departamento ou Secretaria de Saúde

☐ Sim☐ Não

Manual de Procedimentos e Rotinas no(s) Posto(s)

☐ Sim☐ Não

ANEXO 5

01) FORMULÁRIO Nº _ _ _ _

--	--	--

02) MUNICÍPIO _____

03) GRADUAÇÃO _____

04) HABILITAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

05) ESCOLA HABILITAÇÃO _____

06) ANO HABILITAÇÃO _____

07) ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

08) ANO DA ESPECIALIZAÇÃO _____

09) ESCOLA ESPECIALIZAÇÃO _____

10) JORNADA SEMANAL DE HORAS TRABALHADAS _____

11) JORNADA SEMANAL DE HORAS CONTRATADAS _____

12) Nº DE POSTOS DE SAÚDE ZONA URBANA _____

13) Nº DE AUXILIARES DE SAÚDE ZONA URBANA _____

14) Nº DE POSTOS DE SAÚDE ZONA RURAL _____

15) Nº DE AUXILIARES DE SAÚDE ZONA RURAL _____

16) HORAS DE TRABALHO OU ATIVIDADES INTRA POSTO SEMANAL _____

17) HORAS DE TRABALHO EXTRA-POSTO SEMANAL _____

18) TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO ANOS E MESES _____

--	--	--	--

19) ATIVIDADES EXTRA POSTO DE SAÚDE

- 1

 Coordenação/assessoria nível central
- 2

 Reuniões
- 3

 Cursos de formação
- 4

 Conselho Comunitário/CIMS
- 5

 Curso de Especialização
- 6

 Levantamentos Estatísticos
- 7

 Assistência a creches/escolas
- 8

 Outros
- 9

 Sem informação

1	2	3	4	5	6	7	8	9

ANEXO Nº 6

(ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIRO DO POSTO)

01. Quais as funções que você desempenha atualmente?
02. Descreva as atividades que desenvolve em cada uma das funções!
03. (Caso não tenha relacionado nas funções) Você tem alguma atividade de Prestação Direta de Assistência?
04. Como e quando é feita?
05. Relacione as atividades Extra-Postos de saúde que desempenha.
06. Existe participação comunitária? (caso não tenha mencionado).
07. Como ela é feita?
08. E para você o que é Participação Comunitária?
09. Existe(m) algum(s) fator(es) na Instituição que facilita(m) o seu desempenho?
10. Enumere-os ou descreva-os.
11. Existe(m) fator(es) na Instituição que dificulta(m) o seu desempenho?
12. Enumere-os ou descreva-os (capacidade instalada, recursos humanos, referência, etc.)
13. Como você avaliaria a assistência prestada pelo enfermeiro neste P.S. (numa escala de 0 a 10 que nota você daria para sua atuação e porque).
14. Em sua opinião, quais seriam as funções e atividades dos enfermeiros num P.S. em seu município?
15. Como você vê a sua participação na programação, das atividades de saúde, neste município? (numa escala de 0 a 10 qual o seu grau de participação).
16. A sua formação teórica em Saúde Pública durante a graduação contribui para o seu desempenho atual.
17. Você poderia relacionar na formação teórica em P.S. o que contribui para o seu desempenho atual?
18. A sua formação prática em Saúde Pública durante a graduação contribui para o seu desempenho atual?
19. Relacione na sua formação prática em Saúde Pública o que contribui para seu desempenho atual.
20. Em sua opinião, qual a formação teórica e prática que deveria ter recebido em Saúde Pública durante a graduação que facilitaria o seu desempenho?

21) PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

☐

☐ Sim

☐ Não

☐ Sem informação

22) CONCEPÇÃO DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

☐

☐ 1 Tecnológica

☐ 2 Democrática

☐ 3 Política-ideológica

☐ 4 Sem informação

23) EXISTE FATORES QUE FACILITAM O DESEMPENHO ?

☐

☐ 1 Sim

☐ 2 Não

☐ 3 Sem informação

24) FATORES QUE FACILITAM O DESEMPENHO

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14

☐ 1 Integração comunidade/departamentos

☐ 2 Relacionamento inter-equipe

☐ 3 Supervisão

☐ 4 Capacitação

☐ 5 Transporte

☐ 6 Autonomia

☐ 7 Trabalho gratificante

☐ 8 Apoio institucional

☐ 9 Política de Saúde

- ☐ 10 R.H. bom número
- ☐ 11 Demanda não reprimida
- ☐ 12 Aceitação da comunidade
- ☐ 13 Outros
- ☐ 14 Sem informação

25) EXISTE FATORES QUE DIFICULTAM O DESEMPENHO

☐

- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não
- ☐ 3 Sem informação

26) FATORES QUE DIFICULTAM

- ☐ 1 Capacitação Insuficiente
- ☐ 2 Insuficiência de Recursos Humanos
- ☐ 3 Relacionamento inter-equipe
- ☐ 4 Motivação
- ☐ 5 Autonomia
- ☐ 6 Medicamentos
- ☐ 7 Equipamento
- ☐ 8 Transporte
- ☐ 9 Planta física/localização
- ☐ 10 Insuficiência de verbas
- ☐ 11 Carga horária
- ☐ 12 Integração
- ☐ 13 Centralização
- ☐ 14 Comunicação

- ☐ 15 Supervisão
- ☐ 16 Ausência de programação/planejamento
- ☐ 17 Ausência Divisão Enfermagem
- ☐ 18 Atividades Administrativas em excesso
- ☐ 19 Interferências políticas
- ☐ 20 Diretrizes da Instituição
- ☐ 21 Baixo salário
- ☐ 22 Alta demanda
- ☐ 23 Desvio de funções
- ☐ 24 Pouca valorização do trabalho
- ☐ 25 Trabalho em 02 níveis
- ☐ 26 Sistema de saúde e estrutura do país
- ☐ 27 Função do enfermeiro - definição
- ☐ 28 Outros
- ☐ 29 Sem informação

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

27) A FORMAÇÃO TEÓRICA EM S.PÚBLICA DURANTE A GRADUAÇÃO CONTRIBUIU PARA O SEU DESEMPENHO ATUAL

☐

- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não
- ☐ 3 Parcial
- ☐ 4 Sem informação

28) A FORMAÇÃO PRÁTICA EM SAÚDE PÚBLICA DURANTE A GRADUAÇÃO CONTRIBUIU PARA O SEU DESEMPENHO ATUAL

☐

- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não
- ☐ 3 Parcial
- ☐ 4 Sem informação

29) SUGESTÕES PARA A DISCIPLINA DE SAÚDE PÚBLICA QUE FACILITAM O DESEMPENHO

- ☐ 1 Relacionamento docente/aluno
- ☐ 2 Conteúdo
- ☐ 3 Carga horária
- ☐ 4 Alocação /integração disciplinas
- ☐ 5 Outros
- ☐ 6 Sem informação

01	02	03	04	05	06

30) PARTICIPAÇÃO NA PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE

- ☐ 1 Não
- ☐ 2 Sim
- ☐ 3 Parcialmente
- ☐ 4 Sem informação

01	02	03	04	05

31) CARGO

☐

- ☐ 1 Enfermeira
- ☐ 2 Chefe de Posto

ANEXO Nº 8

EGRESSOS POR ESCOLAS DE ENFERMAGEM DO PARANÁ

TABELA 19 - Número dos Egressos da Escola de Enfermagem Madre Léonie - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 1957-1987, Curitiba, 1988.

ANO	Nº
1957	06
1958	09
1959	07
1960	08
1961	10
1962	08
1963	12
1964	06
1965	06
1966	Não houve formatura
1967	06
1968	16
1969	10
1970	21
1971	24
1972	33
1973	22
1974	37
1975	Não houve formatura
1976	32
1977	37
1978	47
1979	55
1980	54
1981	44
1982	92
1983	99
1984	102
1985	91
1986	77
1987	78
TOTAL	1.049

TABELA 20 - Número dos egressos do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, 1974-1987, Paraná. 1988.

ANO	Nº
1974	11
1975	09
1976	21
1977	48
1978	40
1979	35
1980	52
1981	48
1982	24
1983	55
1984	44
1985	47
1986	42
1987	42
TOTAL	518

TABELA 21 - Número de egressos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 1979-1987, Paraná, 1988.

ANO	Nº
1978	10
1979	13
1980	27
1981	07
1982	42
1983	35
1984	33
1985	40
1986	48
1987	26
TOTAL	281

TABELA 22 - Número de egressos da Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel 1982-1987, Paraná, 1988.

ANO	Nº
1982	20
1983	22
1984	32
1985	25
1986	38
1987	23
TOTAL	160

TABELA 23 - Número dos egressos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 1984-1987, Paraná, 1988.

ANO	Nº
1984	04
1985	33
1986	47
1987	49
TOTAL	133

TABELA 24 - Número dos egressos do Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON), 1983-1987, Paraná, 1988.

ANO	Nº
1983	42
1984	02
1985	32
1986	52
1987	57
TOTAL	185

TABELA 25 - Número dos egressos da Fundação Faculdade Municipal de Educação, Ciências e Letras de Paranavaí, 1986-1987, Paranã, 1988.

ANO	Nº
1986	24
1987	21
TOTAL	45