UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VILMA RIBEIRO DA SILVA

**A DIMENSÃO GERENCIAL DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS
DE SAÚDE:**
SUBSIDIANDO O ENSINO DE GRADUAÇÃO

Ribeirão Preto
2008

VILMA RIBEIRO DA SILVA

**A DIMENSÃO GERENCIAL DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS
DE SAÚDE:
SUBSIDIANDO O ENSINO DE GRADUAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de
Doutoramento Interunidades das Escolas
de Enfermagem de Ribeirão Preto e São
Paulo da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor, na
linha de pesquisa Prática Social e
Profissional em Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Katia
Corrêa

**Ribeirão Preto
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Silva, Vilma Ribeiro

A dimensão gerencial da prática do enfermeiro nos serviços de saúde: subsidiando o ensino de graduação. Vilma Ribeiro da Silva. Ribeirão Preto, 2008. 339 f., 30 cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Corrêa, Adriana Katia.

1 Educação em Enfermagem. 2. Formação do enfermeiro. 3. Administração em Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

VILMA RIBEIRO DA SILVA

A dimensão gerencial da prática do enfermeiro nos serviços de saúde: subsidiando o ensino de graduação

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor, na linha de pesquisa Prática Social e Profissional em Saúde.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A *Deus*, força maior que me ampara em toda minha existência.

À minha filha *Vivian*.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta tese, fiz um balanço do caminho percorrido, das dificuldades enfrentadas, dos sentimentos mobilizados e, principalmente, do aprendizado obtido ao longo de sua realização. Foi um processo árduo e sofrido, mas extremamente estimulante e enriquecedor, cuja realização não seria possível sem a colaboração e solidariedade de muitas pessoas. Gostaria, assim, de agradecer a todos aqueles que contribuíram das mais variadas formas para a conclusão desta desafiadora tarefa. Sem poder nomear a todos, torno públicos apenas alguns agradecimentos:

Aos **Enfermeiros** que participaram deste estudo, por sua consideração e disponibilidade em contribuir.

À Professora Dr.^a **Adriana Katia Corrêa**, que me ajudou a interpretar e sistematizar idéias e desejos.

À Professora Dr.^a **Maria José Bistafa**, pela valiosa contribuição no exame de qualificação e na fase final deste trabalho.

À minha filha **Vivian**, que contribuiu em vários momentos com esta produção com dedicação e esmero, atributos que lhes são peculiares. Conviveu com minhas ausências sem se queixar muito.

Aos meus pais **Adolfo** (*in memoriam*) e **Luiza**, que sempre apoiaram os meus projetos.

Aos meus **familiares**, que souberam compreender e respeitar as minhas ausências, em especial minha cunhada Maria Erodites e minha prima Maria Lia, por suprirem tantas vezes a companhia que minha ausência poderia trazer, junto a minha mãe.

A todas as **colegas** da turma de Doutorado 2004, em especial **Julia, Ana Elisa e Elaine**, com as quais compartilhei momentos de estudo, conhecimentos, amizade e alegrias nas viagens a São Paulo.

Às **colegas** do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que tornaram possível minha liberação para a realização deste ideal de vida e profissional.

Às professoras colegas da UFMS Dr.^a **Maria da Graça da Silva** e Dr.^a **Maria Lúcia Ivo**, pela valiosa contribuição para a realização dos grupos focais, e à M.Sc. **Iara Cristina Pereira**, que gentilmente se prontificou à leitura do conteúdo referente a Saúde Coletiva, colaborando com preciosas sugestões.

Aos funcionários e servidores da secretaria da EERP-USP, em especial à Carla Arantes, pelo apoio e atenção dispensados durante o Curso de Doutorado e por ocasião dos preparativos para o Exame de Qualificação e Defesa de Tese.

Às instituições que permitiram a realização do trabalho de campo, após apreciação da proposta da pesquisa.

À Pró-Reitoria de Pesquisa e Ensino de Pós-Graduação da UFMS, pelo estímulo e liberação para cursar este Doutorado na EERP-USP, e em especial aos técnicos administrativos, pelo apoio e atenção dispensados durante meu afastamento.

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro.

SILVA, V.R. A dimensão gerencial da prática do enfermeiro nos serviços de saúde: subsidiando o ensino de graduação. 2008. [Tese] Ribeirão Preto (SP): Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2008.

RESUMO

Tendo em vista a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pelo governo federal no Brasil, é fundamental considerar a importância das práticas de gestão, e particularmente as de gestão em enfermagem, bem como do ensino da gestão na graduação em enfermagem. Os objetivos deste estudo foram: analisar a dimensão gerencial da prática de enfermeiros que atuam em hospital e na rede básica de saúde, a partir de suas próprias percepções acerca de seu trabalho cotidiano, apreendendo sua proximidade ou afastamento das práticas de saúde e educação propostas pelo SUS, e apontar diretrizes e estratégias para o processo ensino–aprendizagem do exercício profissional do enfermeiro na prática da gestão. O delineamento teórico do estudo considerou o processo de construção e o atual contexto do SUS, as mudanças que vêm orientando as discussões sobre a formação de profissionais em enfermagem e a construção histórico-social da dimensão gerencial da prática do enfermeiro. A pesquisa qualitativa utilizou, na coleta de dados, as técnicas de entrevista e de grupo focal com 20 enfermeiros que atuam em um hospital filantrópico e na rede de atenção básica no município de Campo Grande, MS, em 2007. A análise temática permitiu identificar as seguintes categorias: 'A organização das práticas gerenciais do enfermeiro no cenário empírico do hospital' (subcategorias: 'A relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na instituição hospitalar', 'Práticas educativas no trabalho', 'Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho', 'Modos de proceder do enfermeiro na gerência', 'O enfermeiro coordenando a "equipe" de enfermagem', 'O enfermeiro inserido na equipe multiprofissional' e 'A interface entre gerência e cuidado no hospital'), 'A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde' (subcategorias: 'A relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na rede básica', 'A equipe de saúde e sua relação com o usuário e a comunidade', 'O trabalho multidisciplinar', 'Práticas educativas no trabalho' e 'Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho'), 'A formação para a gerência sob a percepção do enfermeiro do hospital' (subcategorias: 'O enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo ensino–aprendizagem na graduação' e 'O enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação'), 'A formação para a gerência na percepção do enfermeiro da rede básica de saúde' (subcategorias: 'O enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo ensino–aprendizagem na graduação' e 'O enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação'). A prática gerencial do enfermeiro e o ensino da gestão em enfermagem se encontram ainda fortemente vinculadas aos modelos tradicionais de gestão e de ensino, com algumas diferenças entre as práticas de gestão no hospital e na atenção básica. No entanto, é ainda um grande desafio construir práticas participativas de gestão que possibilitem o cuidado integral em saúde, bem como construir práticas de ensino calcadas em valores e modos de fazer que sejam congruentes com a perspectiva de formação crítico-reflexiva. A partir dessa compreensão e com o respaldo do referencial teórico, são esboçadas diretrizes para orientar a formação do enfermeiro quanto ao exercício da dimensão gerencial nos serviços de saúde, visando formar profissionais comprometidos com a construção de um sistema de saúde que promova a integralidade da atenção nas ações de cuidado à saúde da população.

Palavras-chave: Educação em enfermagem, Formação do enfermeiro, Administração em enfermagem.

SILVA, V.R. The management dimension of nursing practice in the healthcare service: Supporting undergraduate teaching. 2008. [Doctoral thesis] Ribeirão Preto (SP): Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2008.

ABSTRACT

In view of the consolidation of the Brazilian Unified Healthcare System (Sistema Único de Saúde – SUS) by Brazil's federal government, it is fundamental to consider the importance of management practices, especially those of management in nursing, as well as the teaching of management in Nursing undergraduate programs. The objectives of the present study were to analyze management aspects in the routine practice of nurses working in hospitals and the primary healthcare network, drawing on their observations of their daily work routines, including the extent to which these adhere to or diverge from SUS-compatible healthcare and education practices, and to propose guidelines and strategies for the teaching–learning process regarding the practice of management in the nursing profession. The theoretical framework of the study addressed the process of building the SUS within its current context, along with the changes that have shaped the discussion on the training of professionals in nursing, and the social and historical formation of management aspects within nursing practices. This qualitative study was conducted in 2007, and entailed data collection using interview and focal group techniques, involving 20 nurses working in a philanthropic hospital and the primary healthcare network in Campo Grande, the capital city of Mato Grosso do Sul state. Thematically-based analysis identified the following categories: 'Organization of management practices of nurses within an empirical hospital setting' (subcategories: 'Relationship between health policy and routine practice of the hospital', 'On-the-job training', 'Nurse perception of working conditions', 'Modes of nurse conduct in management', 'Nurse coordination of the nursing "team"', 'Nurse inclusion in multiprofessional teams' and 'Interface between management and care in the hospital'), 'Structure of management practices of nurses in the primary healthcare setting' (subcategories: 'Relationship between health policy and working practice in the primary healthcare network', 'Healthcare team and its relationship with service users and the community', 'Multidisciplinary work', 'On-the-job training' and 'Nurse perception of working conditions'), 'Training in management from the perspective of hospital nurses' (subcategories: 'Nurse analysis of strengths and weaknesses in the teaching–learning process of the undergraduate program' and 'Nurse perceptions of changes in undergraduate teaching practices'), 'Management training from the perspective of nurses from the primary healthcare network' (subcategories: 'Nurse analysis of strengths and weaknesses in the teaching–learning process of the undergraduate program' and 'Nurse perceptions of change in undergraduate teaching practices'). Management practices of nurses and the teaching of management in nursing remain strongly linked to traditional models of management and teaching, with some differences evident between management practices of hospital and primary healthcare. However, creating participative management practices able to combine integral healthcare with the fostering of teaching practices based on values and approaches coherent with a critical-reflective education approach, remains a major challenge. Based on this understanding and drawing on theoretical support, the study proposes guidelines for undergraduate programs in Nursing to incorporate training related to the management of healthcare services, so as to prepare professionals committed to building a health system capable of promoting comprehensiveness in healthcare provision for the population.

Keywords: Education in Nursing, Nurse training, Management in Nursing.

SILVA, V.R. La dimensión gerencial de la práctica del enfermero en los servicios de salud: aportes para la enseñanza en la carrera de grado. 2008. [Tesis] Ribeirão Preto (São Paulo): Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2008.

RESUMEN

Para la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, es fundamental considerar la importancia de las prácticas de gestión, y particularmente las de gestión en enfermería, como así también las de la enseñanza de la gestión en las carreras de grado de enfermería. Los objetivos de este estudio han sido: analizar la dimensión gerencial de la práctica de enfermeros que actúan en hospitales y en la red de atención primaria en salud (APS), con base en sus propias percepciones acerca de su trabajo cotidiano, aprehendiendo su proximidad o distancia de las prácticas de salud y educación planteadas por el SUS, e indicar directrices y estrategias para el proceso de enseñanza–aprendizaje del ejercicio profesional del enfermero en la práctica de la gestión. El delineamiento teórico del estudio ha considerado el proceso de construcción y el actual contexto del SUS, los cambios que orientan las discusiones sobre formación de profesionales de enfermería y la construcción histórico-social de la dimensión gerencial de la práctica del enfermero. La investigación cualitativa ha utilizado, en el recabado de datos, las técnicas de entrevista y de grupo focal con 20 enfermeros que actúan en un hospital filantrópico y en la red de atención primaria en la localidad de Campo Grande, capital del estado de Mato Grosso do Sul, en 2007. El análisis temático permitió identificar las siguientes categorías: ‘La organización de las prácticas gerenciales del enfermero en el escenario empírico del hospital’ (subcategorías: ‘La relación entre las políticas de salud y el trabajo cotidiano en el hospital’, ‘Prácticas educativas en el trabajo’, ‘Percepción del enfermero sobre las condiciones de trabajo’, ‘Formas de proceder del enfermero en la gerencia’, ‘El enfermero coordinando el “equipo” de enfermería’, ‘El enfermero incluido en el equipo multiprofesional’ y ‘La interfaz entre gerencia y cuidados en el hospital’), ‘La organización de las prácticas gerenciales del enfermero en la red de APS’ (subcategorías: ‘La relación entre las políticas de salud y el trabajo cotidiano en la red de APS’, ‘El equipo de salud y su relación con el usuario y la comunidad’, ‘El trabajo multidisciplinario’, ‘Prácticas educativas en el trabajo’ y ‘Percepción del enfermero sobre las condiciones de trabajo’), ‘La formación para la gerencia bajo la percepción del enfermero del hospital’ (subcategorías: ‘El enfermero analizando facilidades y dificultades en el proceso de enseñanza–aprendizaje en la carrera de grado’ y ‘El enfermero percibiendo el cambio en las prácticas de enseñanza en la carrera de grado’), ‘La formación para la gerencia bajo la percepción del enfermero de la red de APS’ (subcategorías: ‘El enfermero analizando facilidades y dificultades en el proceso de enseñanza–aprendizaje en la carrera de grado’ y ‘El enfermero notando el cambio en las prácticas de enseñanza de la carrera de grado’). La práctica gerencial del enfermero y la enseñanza de gestión en enfermería se encuentran todavía fuertemente vinculadas a los modelos tradicionales de gestión y de enseñanza, con algunas diferencias entre las prácticas de gestión en el hospital y en APS. Pero es todavía un gran desafío construir prácticas participativas de gestión que permitan el cuidado integral en salud, como así también construir prácticas de enseñanza con base en valores y modos del quehacer que sean coherentes con la perspectiva de formación crítico-reflexiva. Con base en esa comprensión y con el respaldo de las referencias teóricas, se delinean directrices destinadas a orientar la formación del enfermero con respecto al ejercicio de la dimensión gerencial en los servicios de salud, para formar profesionales comprometidos con la construcción de un sistema de salud que promueva la atención integral en las acciones de cuidado de la salud de la población.

Palabras claves: Educación en enfermería; Formación de enfermeros; Administración en enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACBR	Associação Campo-grandense Beneficente de Reabilitação
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDIP	Centro Especializado de Doenças Infectoparasitárias
CES	Câmara de Educação Superior
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Educação Superior
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área da Enfermagem
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SENADens	Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde (de Campo Grande)
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde de Saúde da Família
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde (Projeto)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1. O SUS e suas implicações políticas e práticas	15...
1.2. A formação dos profissionais de saúde para o SUS	37...
1.3. A formação do enfermeiro para a dimensão gerencial	63...
1.4. Objetivos	86...
2. DEFININDO O PERCURSO METODOLÓGICO	87
2.1. O cenário da pesquisa	87...
2.2. Os sujeitos da pesquisa	96...
2.3. As técnicas de investigação	99...
2.4. A análise dos dados	115...
3. DISCUSSÃO DOS DADOS	121
3.1. A organização das práticas gerenciais do enfermeiro no cenário empírico do hospital.....	121...
3.2. A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	171...
3.3. A formação para a gerência sob a percepção do enfermeiro do hospital.....	233...
3.4. A formação para a gerência na percepção do enfermeiro da rede básica de saúde	253...
4. A PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO: PROXIMIDADES E AFASTAMENTOS ÀS DIRETRIZES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS	270
CONSIDERAÇÕES FINAIS	298
REFERÊNCIAS	310
APÊNDICES	324
ANEXOS	336

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem (re)configurando toda a estrutura de prestação de serviços de saúde à população brasileira. Seus defensores o compreendem como processo em constante mudança, em direção ao desenvolvimento de práticas que expressem os princípios que o organizam, configurando um sistema universal que busca construir modelos de atenção que valorizem a promoção da saúde e a integralidade do cuidado. A integralidade constitui um esforço em alcançar uma abordagem completa, holística, integral de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que por certo período de sua vida precise de cuidados (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Com esse processo de implantação e implementação do SUS e com a descentralização dos serviços de saúde, a temática da gerência e da gestão começa a ter maior visibilidade e a permear a agenda política, tendo em vista que para a consolidação do SUS é necessária a adoção de outra lógica, qual seja, a de outra organização dos serviços de saúde, que envolva articulação entre o modelo de gestão e o modelo de atenção. Essa organização dos processos de trabalho surge como uma das questões a serem enfrentadas para a mudança dos serviços a fim de que o sistema opere de forma centrada no usuário e em suas necessidades.

Pensar em oferecer um sistema de atenção à saúde que contemple a integralidade nos remete ao enfrentamento de alguns desafios. O primeiro deles relaciona-se à capacidade das políticas governamentais de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, em todos os níveis do sistema. O segundo relaciona-se à organização dos serviços de saúde e diz respeito à garantia de acesso aos vários níveis de

sofisticação tecnológica demandados em cada situação assistencial, para que o atendimento prestado tenha resolutividade. O terceiro está relacionado a conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde que respondam à necessidade de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado aos usuários (FERLA, CECCIM, PELEGRINI, 2003).

Exercendo a docência no ensino da administração na graduação em Enfermagem, sempre convivi com inquietações e questionamentos sobre a atuação profissional do enfermeiro, sua competência assistencial e administrativa, as formas como este procede na gerência e sua capacidade de tomar decisões. Diante do cenário de mudança acima descrito, cresceu a preocupação com o possível descompasso do processo ensino–aprendizagem para proporcionar o aprendizado requerido para a incorporação das mudanças. Assim, o presente estudo apresenta as seguintes questões: Qual a compreensão do conceito de saúde e a visão de sujeito que têm subsidiado o trabalho assistencial e gerencial do enfermeiro? O trabalho em equipe constitui estratégia que sustenta a prática assistencial e gerencial do enfermeiro? Como vem ocorrendo a inserção do enfermeiro no trabalho multiprofissional? O enfermeiro concebe seu trabalho e o trabalho institucional como inseridos no sistema de saúde local (SUS)? Estarão os enfermeiros adotando atitude crítico-reflexiva, desenvolvendo ações que veiculem compromisso com as situações de saúde e de assistência à população? Estarão esses profissionais empenhados em construir novas práticas que impulsionem transformações? Que referências fundamentam o trabalho do enfermeiro na gerência? Como vem se dando a formação do enfermeiro para a prática gerencial?

Ao empreender o presente estudo, fomos nos aproximando da prática gerencial do enfermeiro para apreender o quanto essa prática vem se aproximando ou se afastando das diretrizes de saúde e educação necessárias à consolidação do SUS. Também buscamos oferecer alguns subsídios para a formação do enfermeiro, tendo como foco a dimensão gerencial de sua prática. Isso requer refletir acerca de novos valores, conhecimentos e práticas que não se fundamentam no referencial do paradigma da racionalidade científica.

O Capítulo 1 desta pesquisa delinea o objeto de estudo, buscando construir, a partir de três recortes históricos, os eixos que fundamentarão o trabalho. O primeiro deles trata das formulações políticas que se originaram do movimento da Reforma Sanitária e desencadearam o processo de mudança que orienta a organização dos serviços de saúde proposta pelo SUS, bem como o modelo assistencial e gerencial, com repercussões importantes no trabalho do enfermeiro. O segundo recorte discorre sobre novas propostas formuladas no campo da educação dos profissionais de saúde e enfermagem, tendo em conta a emergência de novos paradigmas e políticas e as reformulações pedagógicas daí decorrentes. O terceiro recorte constitui um resgate da conformação da dimensão gerencial na prática do enfermeiro e em sua formação.

No Capítulo 2, descrevemos o percurso metodológico, explicitando o tipo de pesquisa, os instrumentos utilizados para a coleta de dados, o cenário do estudo, os sujeitos da investigação e a forma de análise dos dados.

O Capítulo 3 apresenta os resultados e nele é analisada a percepção dos enfermeiros acerca da dimensão gerencial de sua prática cotidiana no contexto

hospitalar e na atenção básica de saúde, a partir de categorias e subcategorias originadas da análise temática.

No Capítulo 4, tomando como referência o material empírico organizado em cada uma das subcategorias do estudo, procede-se a uma análise crítica dos aspectos contidos em cada uma destas, tendo em vista as aproximações e os afastamentos em relação às diretrizes de saúde e educação no contexto do SUS, de modo a verificar se essas práticas e percepções revelam possibilidade de operar mudanças, na perspectiva da transformação da realidade.

Finalmente, nas Considerações Finais, apresentamos uma série de estratégias de mudança que buscam atender às demandas pedagógicas, assistenciais e gerenciais do enfermeiro e que em conjunto representam a proposição de um marco teórico-metodológico para orientar a formação do enfermeiro na graduação em Enfermagem, particularmente no ensino de Administração em Enfermagem.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. O SUS E SUAS IMPLICAÇÕES POLÍTICAS E PRÁTICAS

Vivemos atualmente um processo de globalização que apresenta contradições notáveis. Nesse contexto, para se analisar qualquer tema, inclusive o setor de saúde, seus estabelecimentos e suas práticas, devem-se levar em conta as condições externas, o contexto em que atua o objeto analisado. Isso é indispensável para que se possam captar as forças em atuação.

O Brasil vive uma situação comum aos demais países da América Latina quanto ao contexto econômico, caracterizado pela coexistência de uma evolução positiva das variáveis macroeconômicas e uma deterioração das condições de camadas sociais menos favorecidas. Como consequência, se observa, por um lado, o aumento do produto interno bruto, a estabilização dos preços, a liberação do comércio, o desenvolvimento de associações regionais, o avanço nos processos de reforma financeira e tributária, a privatização de empresas estatais e a promoção de reformas trabalhistas e previdenciárias. Por outro lado, no mesmo terreno social, esses avanços convivem com o aumento da pobreza e da urbanização, o que se soma a um processo de concentração de riqueza, contrastando com o aumento dos indicadores de desocupação e de aumento do emprego informal. Tal situação traz indubitáveis desafios às políticas públicas e, em particular, àquelas que procuram ampliar a proteção social em saúde (OPAS, 2004).

Paralelamente a isso, no plano político, assistimos ao desenvolvimento de um processo de democratização no qual ao Estado cabe assumir os papéis indelegáveis de garantia dos direitos dos cidadãos e de articulação coletiva da

solidariedade, fortalecendo seu poder regulador e exigindo um processo de modernização e de mudança cultural. Com isso, a gestão pública também se encontra em revisão. A aplicação de um conceito mais democrático às políticas públicas abre espaço para a participação da sociedade civil na definição dos interesses públicos e das formas de satisfazê-los. A administração pública não é patrimônio da burocracia estatal, mas da sociedade, mesmo que esta seja conduzida e regulada por autoridades (OPAS, 2004).

No setor de saúde, a gestão pública compreende não só a prestação direta de serviços, mas também a garantia da resolução de problemas de saúde da população, seja por seus próprios serviços ou por mecanismos que assegurem um exercício solidário do direito à saúde.

Para se proceder a uma contextualização adequada de como se conformam os serviços de saúde, é preciso que se considere o papel das mudanças tecnológicas, sobretudo a explosão das tecnologias da informação. Ainda em termos de contextualização dos serviços de saúde, constitui referência obrigatória a evolução demográfica e epidemiológica das populações da região das Américas. O aumento contínuo e constante da esperança de vida e a diminuição da mortalidade e da natalidade, bem como os movimentos migratórios, que mudam a estrutura das populações, exigem redefinição de quais serviços de saúde são necessários (OPAS, 2004).

Algumas macrotendências também vêm indicando novas direções para a área da saúde, entre elas a prioridade pela manutenção da saúde em vez da cura das doenças, a substituição de medicamentos alopáticos por homeopáticos, a desospitalização, transferindo o atendimento para o domicílio, e a utilização de

terapias alternativas e complementares, abordagens que vêm se tornando uma vertente em rápida evolução em todo o mundo.

Ainda na saúde, convivemos com o fenômeno denominado transição epidemiológica, no qual convivemos com doenças próprias de países desenvolvidos e em desenvolvimento, ao mesmo tempo em que ganham preponderância as chamadas doenças emergentes, como a aids, e as reemergentes, como a tuberculose, tendo-se ainda como fenômenos cotidianos a violência, os acidentes e a morbimortalidade devida aos transtornos de saúde mental e ao consumo de drogas, álcool e tabaco. Isso também configura o contexto em que os serviços de saúde devem funcionar (OPAS, 2004).

No Brasil, “há uma consciência crescente por parte do governo e da sociedade de que se faz necessária uma mudança do modelo assistencial predominante e uma reordenação do sistema de saúde com vistas à efetividade, à qualidade e à racionalização dos custos” (BRASIL, 2000a, p. 12).

Nesse cenário, a velocidade e a globalidade dos processos de mudança, tanto gerais como específicos do setor de saúde, obrigam as instituições a desenvolver novas formas de relação a sua volta e novas modalidades de organização e gestão que lhes permitam dar uma resposta satisfatória às demandas da população.

O Brasil passou, nas três últimas décadas, por transformações no campo ideológico e político-econômico, deixando marcas na sociedade e na saúde da população, cada vez mais pobre, faminta e doente. Nesse contexto, tomaram força no país os movimentos sociais que buscavam a conquista da democracia. A insatisfação social e a organização de movimentos, constituídos por intelectuais,

professores e pesquisadores, intensificaram as críticas ao modelo de assistência à saúde, destacando-se as intervenções do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). No campo da saúde, esses anseios caracterizaram o chamado movimento pela Reforma Sanitária no país, culminando com a convocação para a 8.^a Conferência Nacional de Saúde e permitindo construir um substrato de conhecimento e conquistar os espaços políticos necessários para assegurar a inserção dos princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade, tendo como eixos organizativos a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação popular, que se consubstanciaram nos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986).

O conceito ampliado de saúde, elaborado na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e expresso em seu relatório final, reconhece o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida, concepções estas diretamente relacionadas ao conceito constitucional de cidadania, significando condições de vida e participação social da população (AROUCA, 2004). Tendo como referência esse conceito, a Constituição Brasileira de 1988 considerou “a saúde um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Para assegurar esse direito, o SUS foi instituído tendo como eixos organizativos a regionalização, a hierarquização e a participação popular, cuja gestão foi atribuída à União, aos estados e aos municípios (BRASIL, 1994a, p. 96-97).

O fato de o SUS ter sido instituído pela Constituição Federal de 1988 “representou um grande avanço rumo à organização da assistência, que significa o alcance de um grau civilizatório maior, uma vez que estabeleceu as diretrizes e os princípios que expressam na saúde a cidadania conquistada com esse processo” (MAGALHÃES JR., 2006, p. 11). Para viabilizar a implementação dessa determinação legal, o Poder Legislativo aprovou as Leis Orgânicas de Saúde 8 080 e 8 142, que depois de sancionadas em 1990 regulamentaram a organização do Sistema Nacional de Saúde.

Assim, construído formal e legalmente o arcabouço de sustentação do Sistema Nacional de Saúde, segundo Santos Neto (2002), o processo de sua implantação e consolidação tem levantado desafios cruciais para a continuidade da idéia básica de cidadania incorporada ao projeto de reforma sanitária, decorrente dos princípios apontados no texto constitucional.

Esses acontecimentos produziram um conjunto de mudanças que resultaram na configuração do SUS e nos possibilitam compreendê-lo como um movimento com origem envolta por um movimento maior, de reconstituição do sistema político orientador do desenvolvimento do país: a democratização. Sendo um movimento que visava construir um projeto político para a saúde, e tendo se originado em um contexto eminentemente político, acabou impregnando-se pela atmosfera predominante naquele momento. Sendo assim, os princípios que o orientam guardam estreita relação com a perspectiva democrática, quando defendem ideais de justiça e solidariedade.

Tendo em vista compreender o desenvolvimento organizativo e operativo do sistema de saúde, discorreremos sucintamente sobre os princípios doutrinários e as diretrizes operacionais do SUS.

A noção de regionalização vem responder à necessidade de dividir um território de grande extensão e com diversidade de situações socioeconômicas para o estabelecimento de eixos político-administrativos. No setor de saúde, segundo Silva Jr. (2006, p. 36), “essa noção leva em conta o acúmulo de técnicas e tecnologias necessárias à manutenção de saúde que, dado seu custo crescente, precisam ser racionalizadas para oferecer a ‘integralidade de opções’ à população circunscrita ao território”. Segundo esse autor, tal concepção não é nova, remontando à década de 1920, tendo como marco o relatório Dawson, que propunha a organização do atendimento ao povo inglês e serviu de inspiração para muitos países em que a oferta de serviços de saúde é socializada.

Mendes (1987) acrescenta que a noção de regionalização está intimamente vinculada à hierarquização, pois pressupõe uma organização piramidal, em cuja base se localizam os serviços que tendem a resolver a maioria dos problemas. Em um nível intermediário situam-se os serviços de densidade tecnológica média, aos quais o acesso foi filtrado pelo primeiro nível, e no ápice da pirâmide estão localizados os serviços de maior densidade tecnológica e especialização, a que podemos denominar sistema de referência, capazes de atender à demanda que ultrapasse a capacidade articulada dos níveis anteriores. Considera-se que a hierarquização contempla três níveis assistenciais: primário, secundário e terciário. O último nível compreenderia os hospitais e os serviços de alta densidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de maneira hierarquizada e regionalizada, possibilita um conhecimento maior das necessidades de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, de controle de vetores e de educação em saúde, além de atenção ambulatorial e hospitalar nos diversos níveis de complexidade.

A participação popular é o cumprimento constitucionalmente garantido do engajamento do indivíduo e da população, por meio de entidades representativas, no processo de formulação das políticas de saúde, de controle e de execução, desde o nível federal até o local. Mendes (1987) comenta que se o Estado assume a gestão do sistema de saúde, o controle é exercido pela sociedade civil devidamente organizada, mediante participação ou mecanismo de pressão nas diversas instâncias gerenciais e operativas do sistema. “A participação social significa, fundamentalmente, uma forma de redistribuição dos poderes técnicos, administrativo e político, aproximando-os da periferia dos fatos e das pessoas que passam, em consequência, de objetos a sujeitos políticos do processo” (MENDES, 1993, p. 113).

Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde locais, municipais, estaduais e nacionais, com representação paritária de usuários em relação aos demais envolvidos, como governos, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma de participação é a efetuada por meio das conferências de saúde, que ocorrem periodicamente para estabelecer prioridades e linhas de ação para a saúde (BERNARDES, 2005).

O controle social, porém, não se limita à ação do segmento civil. A mesma legislação que criou os espaços para a participação popular estabeleceu que os órgãos do Poder Executivo responsáveis pela direção do SUS (Ministério da Saúde,

Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais) devem também atuar na formulação de políticas de saúde e em sua execução, com atividades de planejamento, regulação, normatização, controle e avaliação, de acordo com as competências e atribuições previstas para cada esfera de governo (LUCHESE, 1996), sendo a principal finalidade exercer o controle social sobre a gestão e implementação do SUS.

Campos (1997) reconhece não ter havido grande teorização e inovação no campo da participação popular e que, na prática, o que se via naqueles serviços de orientação político-partidária de esquerda era a preocupação em preparar para o exercício da participação, formando e fazendo funcionar Conselhos de Saúde. No entanto, a ação desses conselhos não influencia os métodos de gestão ou de desempenho do trabalho em saúde.

A participação pressupõe a democratização do conhecimento sobre o processo saúde–doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle na gestão do sistema. Nisso se inclui o entendimento do dever das instituições e serviços em oferecerem as informações e os conhecimentos necessários para que a população possa se posicionar sobre questões que dizem respeito a sua saúde.

Pode-se observar que, agindo de acordo com tais recomendações, o SUS representa a materialização de uma nova concepção de saúde. Assim, a saúde, antes concebida como ausência de doença, lógica essa que, amparando ações assistenciais, girava em torno da cura dos agravos à saúde, se desloca em uma nova direção, que relaciona saúde à qualidade de vida da população. Em consequência, muda a orientação das ações, formuladas agora sob o foco da

promoção de saúde, prevenção, cura e reabilitação de agravos, compondo-se de um conjunto de ações que contemplam alimentação, trabalho, nível de renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica, moradia e lazer, dentre outros aspectos (BRASIL, 2000a).

A descentralização é entendida como uma forma de distribuir responsabilidades e decisões quanto às ações e serviços de saúde entre os diversos níveis de governo. O município, como parte dessas instâncias, é a instância que se encontra mais próxima da realidade da população, responsabilizando-se pela melhor política para atender às necessidades da população local, bem como providenciando os recursos para tanto — aspecto interessante, se considerarmos a diversidade e a disparidade apresentadas pelos municípios brasileiros.

A descentralização do sistema de saúde ocorreu de forma gradativa e ampliou os poderes das secretarias municipais. Isso se deu por meio da instituição dos conselhos, cujo objetivo estratégico era a integração interinstitucional, com o propósito de trazer para a saúde a prática da gestão colegiada (CAMPOS, 2000a). Com a descentralização, originaram-se os distritos sanitários. Esses são vistos por Mendes (1993) como espaços importantes para a transformação do Sistema Nacional de Saúde, cujo desafio central é conceber, nas três instâncias federativas, novas estruturas e novos métodos de qualidade distintos dos atuais e coerentes com a proposição descentralizadora colocada para a configuração do novo sistema.

Em conformidade com o exposto, passaremos à abordagem dos princípios doutrinários que orientaram a construção da estrutura do SUS e configuram práticas assistenciais que se orientam por esse projeto de atenção à saúde da população brasileira. Nesse movimento, pretendemos entender a importância e a centralidade

desses princípios no direcionamento das práticas profissionais e identificar de que maneira eles estão sendo traduzidos, assimilados e adotados para orientar a prática, a organização dos serviços e a relação dos enfermeiros com o usuário no cotidiano da gerência dos serviços de saúde.

Esse pensamento se ampara em Cecílio (2001), que entende que os princípios de universalidade, equidade e integralidade formam um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, capaz de expressar com todo vigor a luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da Reforma Sanitária brasileira.

Tal compreensão se fortalece com a afirmação de que a “universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira” (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003, p. 276).

Conceitualmente, a universalidade¹ é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Sendo assim, saúde é direito de cidadania e dever do governo municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990a). Desta forma, cabe a cada uma dessas instâncias de governo garantir acesso a todos os níveis de assistência, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie. A universalidade não significa somente garantia de acesso imediato às ações e aos serviços de saúde, mas coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos os que

¹ A compreensão conceitual histórica do termo, sua evolução e sua aplicação na saúde são apresentadas por Mendes (1994, 2001).

deles necessitem, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (BRASIL, 2000a).

No Brasil, o termo foi empregado na Constituição de 1988, juntamente com a instituição do preceito da seguridade social, consolidando a tendência das políticas redistributivas defendidas pelo movimento da Reforma Sanitária, que visava a inclusão de todos nos benefícios do sistema público de saúde. Um dos méritos da Constituição de 1988 foi estender a todos os cidadãos uma série de direitos sociais que antes estavam restritos à população beneficiária da previdência (NASCE..., 2008). No entanto, a crise econômica ocorrida no Brasil na década de 1990, em que o país se via afogado em dívidas internas e externas, sem conseguir se desenvolver, mudou o rumo dessas conquistas. Na época, as agências internacionais indicaram promover uma série de reformas que incluíam a adoção de uma política de privatização de empresas e a gradual retirada do Estado da economia. Assim, enquanto a Constituição defendia o Estado de bem-estar social², o país caminhava para a instauração de um Estado mínimo, em que os direitos sociais eram reduzidos ao assistencialismo (NASCE..., 2008).

Esse contexto de crise promoveu a expulsão de grupos sociais com maior capacidade de vocalização, comprometendo as bases sociais da Reforma Sanitária ao reduzir a capacidade de formação de opinião pública das camadas médias e a força de mobilização dos sindicatos ligados aos setores industriais modernos. Uma consequência disso foi o esvaziamento das bases de apoio político que visavam a melhoria dos serviços públicos; outra foi o aumento do risco de perpetuação do

² Estado de bem-estar social é aquele que garante a seus cidadãos um determinado conjunto de bens e serviços, como educação, seguro-desemprego, renda mínima, assistência médica gratuita e auxílio financeiro para a criação dos filhos (*Revista RET-SUS*, v. 3, n. 36, p. 5, abr. 2008).

circuito má qualidade – expulsão de setores organizados – baixa atividade reivindicatória – má qualidade (MENDES, 2001).

Voltando-nos à compreensão do termo 'eqüidade', encontramos em Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) que no mundo contemporâneo, de flagrantes desigualdades socioeconômicas, a saúde pública, como campo do saber responsável pela teorização da intervenção humana no estado de saúde das populações e sua promoção, faz com que a discussão sobre desigualdade justa seja trazida da teoria política para o campo da saúde, por meio do conceito de eqüidade em saúde.

Almeida (2002) afirma que os direitos sociais tendem, se não a eliminar, a corrigir desigualdades, que nascem das condições de partida, econômicas e sociais, mas também, em parte, das condições naturais de inferioridade física. Acrescenta que a noção de eqüidade³ está estreitamente relacionada à idéia de igualdade e é caudatária do percurso histórico.

Encontramos a eqüidade definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1990a, p. 5) como o princípio que visa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras”. Sendo assim, a eqüidade visa reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país, o que significa atender a todo cidadão conforme sua necessidade até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 2000a).

Muitos governos adotaram a eqüidade como eixo orientador das políticas para a saúde, no sentido de saúde para todos, apontado pela Organização Mundial

³ A compreensão conceitual histórica do termo, sua evolução e aplicação na saúde são desenvolvidas por Almeida (2002) e por Pinheiro, Westphal e Akerman (2005).

da Saúde (OMS), cujo relatório (WHITEHEAD, 1992) destaca a dimensão ética e moral em sua abordagem sobre equidade em saúde, referindo-se às diferenças evitáveis e desnecessárias e que também podem ser consideradas injustas.

Dessa forma, parece que as discussões sobre equidade voltam-se para as desigualdades nas condições de vida e saúde e para as condições de acesso e consumo dos serviços de saúde, sendo portanto passíveis de intervenção por meio de políticas dos diversos setores, inclusive o da saúde.

Isso significa dizer que o planejamento das políticas de saúde tem tomado como estratégias a elevação de todos a um patamar mínimo a partir do qual seja possível caminhar com mais precisão em direção à integralidade (BRASIL, 2000a).

Compreender a integralidade em saúde pressupõe entender diferentes dimensões das práticas sanitárias, redesenhando seus fundamentos. Como em toda concepção emergente, ainda não há consenso quanto a sua conceituação, podendo-se no entanto afirmar que ela é considerada um dos maiores desafios para a operacionalização do SUS.

O grupo de estudos da integralidade filiado ao Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), ao investigar os sentidos do uso do termo, constatou que há 20 anos utilizamos na saúde a denominação ‘atenção integral à saúde’ (da mulher, da criança), o que revela que a noção de integralidade aplicada à área da saúde não é nova. A ação integral normalmente veicula o entendimento de oferecimento de tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Assim, o termo ‘integralidade’ abrange muitos outros — um termo plural, ético, democrático.

No entanto, Mattos (2001) adverte que o termo foi cunhado em determinada conjuntura: não consta em dicionários, não tem tradução para outros idiomas. Foi elaborado num contexto específico, de criação do SUS (PINHEIRO, [s.d.]). O autor encontrou para o vocábulo variações que oscilam entre o entendimento de algo utópico pelo qual lutamos e algo concreto que caracteriza a diferença, um diferenciador na realização de ações que incorporam valores e aspirações subjacentes à integralidade em seus diversos sentidos. Essa diferença se manifesta, na visão do autor, na atitude de evitar o “reducionismo”. Tal comportamento se expressa de várias maneiras, por exemplo na atitude de não reduzir o paciente a uma lesão que em dado momento provoca sofrimento. O autor diz ainda que “o profissional que orientar sua prática pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar de tais reducionismos” (MATTOS, 2001, p. 123). Esclarece ainda que o serviço que se organiza tendo como eixo o princípio da integralidade busca ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interroga-se sobre a melhor forma de responder a essas necessidades, que não se resumem ao atendimento de sofrimentos.

A integralidade é o único princípio do SUS com caráter finalístico, um atributo do que se quer desse sistema. A atenção integral não é simplesmente manter corpos “funcionando” com o consumo de bens e serviços de saúde. “O que se quer é que as necessidades de pessoas e grupos populacionais sejam atendidas de uma maneira ampliada” (MATTOS, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), a integralidade é um dos princípios mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de indivíduos ou grupos, ainda

que minoritários. Isso significa atender a cada um de acordo com sua necessidade, considerando-se os níveis de complexidade diferenciados. Colocar esse princípio em prática é um desafio permanente e dinâmico.

Documentos do Ministério da Saúde destinados a orientar a implementação do SUS recomendam que a prática dos serviços reconheça “o homem como um ser integral, bio-psico-social”, que “deverá ser atendido com esta visão integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990a, p. 5).

Cecílio e Mehry (2003) compreendem que a atenção integral constitui um esforço em direção a uma abordagem completa, holística, integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período da vida, precisasse de cuidados. Sendo assim, a integralidade requereria garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que proporcionasse conforto e segurança ao usuário. Sendo assim, entendemos que a integralidade se viabiliza a partir da articulação de tecnologias leves, leve-duras e duras⁴ (MERHY, 2002).

Em coerência com esse pensamento, o Ministério da Saúde considera que a organização do SUS tem se constituído em um processo que busca redesenhar o modelo da atenção à saúde. Há, assim, consistente esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica por meio da incorporação, nas práticas sanitárias, do conceito ampliado de saúde como estratégia para substituição do modelo

⁴ Merhy (2002) discute as tecnologias utilizadas no campo da saúde definindo-as e classificando-as em leves (as de ação mais estratégica, que se configuram em processos de intervenção em ato, cuja essência é a produção de processos intercessores, de relações), leve-duras (relativas aos saberes bem estruturados presentes no trabalho de saúde, como por exemplo a clínica, a epidemiologia, o planejamento em saúde) e duras (instrumentos materiais do trabalho, tais como equipamentos tecnológicos, como máquinas, área física, normas).

biologicista de Flexner de organização do cuidado, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar (BRASIL, 2005a).

Campos (1992, p. 40) aponta que quando juntamente com sua equipe buscava “inventar novas maneiras de gerir instituições de saúde, percebeu a necessidade de combinar noções da estrutura — descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços — com outras mais ligadas às práticas clínicas e de saúde pública”, designando então esse movimento como “construção de novos modelos de atenção”. Estes foram denominados por Lucena *et al.* (2006) “modelos assistenciais” e podem ser descritos como uma racionalidade, um modo de combinar tecnologias materiais e não-materiais utilizados nos serviços de saúde, visando o enfrentamento de problemas individuais e coletivos num determinado território para determinadas populações. Um modelo assistencial é, para Lucena *et al.* (2006), uma construção histórica, política e social organizada num contexto dinâmico para atender aos interesses de grupos sociais. É uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, de instituições de saúde, trabalhadores e outras instituições que atuam no setor, para produzir serviços de saúde.

Na constituição de um modelo assistencial interagem saberes e formas de praticar saúde segundo os interesses e aspirações dos diversos segmentos que compõem a sociedade e o Estado.

Silva Jr. (2006, p. 32), apoiando-se em Mehry *et al.* (1991) complementa que, ao se falar de modelo assistencial, enfoca-se tanto a organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área quanto projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais. Entende-se desse modo que os modelos

assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma de natureza tecnológica para expressar-se como projetos de política, articulados a determinadas forças e disputas sociais. Prefere-se, assim, denominá-los como modelos tecnoassistenciais, pois desse modo não se perde sua dimensão como projeto político (MERHY *et al.*, 1991, *apud* SILVA JR., 2006).

O desafio que se coloca na construção desse novo modelo proposto pelo SUS pressupõe como desdobramento da Reforma Sanitária, segundo Mendes (1993), um processo de distritalização que no plano ideológico seja derivado de um paradigma tecnoassistencial composto de um conjunto de elementos completamente distintos daqueles do paradigma biologicista e que vai ser denominado “paradigma sanitário”. Esse paradigma é signatário das concepções expressa no relatório Dawson, cujos principais elementos ideológicos são globalidade, determinação social do processo saúde–doença, coletivismo, equilíbrio entre o conhecimento geral e o especializado, inclusão de práticas alternativas, uso de tecnologia adequada e integralidade. Por globalidade, entende-se o sujeito da prática sanitária como um ser biopsicossocial inserido em uma realidade histórica. Pela determinação social da doença, o biologismo não é negado, mas são incorporadas como determinantes do processo saúde–doença variáveis socioeconômicas. Por coletivismo entende-se a natureza coletiva dos sujeitos da prática sanitária, sem ignorar suas dimensões individuais. Na organização da prática sanitária por níveis hierárquicos, é buscada uma distribuição equilibrada entre saberes gerais e especializados. Admite-se a inclusão das práticas alternativas, além do uso de tecnologia adequada, conforme o nível de complexidade, eficácia e custo social. A integralidade da atenção, por sua vez, propõe a articulação das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras (MENDES, 1993).

Durante a construção do SUS, muitos conhecimentos novos e instrumentais de sistemas e serviços de saúde foram formulados, passando a incorporar certa “caixa de ferramentas” para a gerência, o planejamento e a assistência à saúde. Reconhece-se, porém, que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos (MAGALHÃES JR., 2006).

Programas e estratégias foram implantados no Brasil com o intuito de pôr em prática os princípios doutrinários e operacionais da atual política de saúde. Nessa direção, e inspirado em iniciativas anteriores que visavam à mudança do modelo assistencial e a consolidação do SUS, o governo federal propôs o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família. Reconhecidos como importantes para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar e propondo a reorganização a Atenção Básica a partir do eixo da Vigilância em Saúde, foram implantados em todo o território nacional, iniciando pelos pequenos municípios e alcançando atualmente as grandes cidades e capitais estaduais (BRASIL, 1997).

O PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente no campo da vigilância à saúde. Como proposta no campo teórico metodológico, a vigilância à saúde constitui-se num esforço para integrar a atuação do setor de saúde segundo as várias dimensões do processo saúde–doença, especialmente do ponto de vista de sua determinação social. A partir daí, busca desenvolver novas propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora (CAMPOS, 2003a).

O primeiro desafio a ser superado refere-se à dicotomia das ações dos setores envolvidos na assistência à saúde. O modelo de vigilância à saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de agir em saúde. Seguindo esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença. Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo (CAMPOS, 2003a).

A vigilância à saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim, torna-se possível definir problemas e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço em que vivem grupos sociais, em que ocorrem suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e em que se encontra seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família e de sociedade, entre outros aspectos. Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância à saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. O indivíduo é o objetivo final da vigilância à saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do

sistema social e do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre esse conjunto. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece (CAMPOS, 2003a).

O governo federal lançou o PACS com o propósito de melhorar os elevados indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste do Brasil. Esse programa focalizou a família como unidade programática e introduziu a idéia de área de cobertura por família, deslocando dessa forma o enfoque centrado no indivíduo (VIANA; DAL POZ, 2005).

O lançamento do PSF, em 1994, pelo Ministério da Saúde, caracterizou a intenção de continuidade e aperfeiçoando do PACS. Assim, valoriza a territorialização, estabelece vínculo com a população, reforça a garantia da atenção básica, prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da família e do indivíduo, tanto adultos como crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua por meio de ações intersetoriais, e promove a participação da comunidade e o trabalho de equipe sustentado pela atuação multidisciplinar (SOUZA, 2000; MERHY, 1998). Cabe acrescentar que desde sua implantação o PSF tem sido uma das prioridades do governo federal e de alguns governos estaduais e municipais para a reorganização dos serviços de saúde.

Franco e Merhy (2006) expõem que o Ministério da Saúde lançou o PSF com o propósito de superar um modelo de assistência à saúde responsável por “ineficiência do setor”, “insatisfação da população”, “desqualificação profissional” e “iniquidades”. Os autores, referindo-se a documentos emitidos pelo Ministério de Saúde, afirmam que o objetivo do programa é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em que a atenção está centrada na família,

sendo entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Isso vem, na visão dos autores, possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde–doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas.

Assim, amparando-nos em Franco e Merhy (2006), entendemos que o novo modelo deve ser compreendido a partir das diretrizes do acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. O acolhimento é entendido por esses autores como a possibilidade de universalizar o acesso — em outras palavras, abrir as portas da unidade de saúde a todos os usuários que dela necessitarem. Acrescentam também a escuta qualificada do usuário e o compromisso com a resolução de seu problema de saúde, dando-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários, como ingredientes que não só qualificam a atenção, mas que caracterizam o acolhimento. Prosseguindo, os autores caracterizam o vínculo pelo estabelecimento de referência do usuário a uma dada equipe de trabalhadores e a respectiva responsabilização destes para com aquele, no que diz respeito à produção de cuidado. Já a autonomização significa obter, como resultado da produção de cuidados, ganhos de autonomia do usuário para “viver a vida”.

Dessa forma, o PSF possibilita o estabelecimento de uma atenção básica resolutiva e de qualidade, com o que se reafirmam os princípios constitucionais estabelecidos para o SUS, buscando por meio dessa forma de atenção concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações.

É nesse contexto de relações, contradições, construções e transformações que avançamos em direção a um sistema universal, o SUS. Apesar de todo o

aparato legal que subsidia seu funcionamento, como a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas de 1990 que o regulamentam, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) de 1993 e 1996, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS) de 2001 e 2002 e o Pacto pela Saúde de 2006, trata-se ainda de um movimento contra-hegemônico na sociedade. Assim, a substituição do sistema hegemônico que concebe a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente dos interesses econômicos e corporativos, enfrenta grandes obstáculos. A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende também do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (GONZÁLES, 2007). Um sistema de saúde com estas características não exclui o hospital, mas considera-o dentro de uma perspectiva que incorpora mudanças que migrem em direção ao sistema universal.

A ênfase dada ao hospital se deve ao reconhecimento de que este ainda é o espaço hegemônico de formação dos profissionais de saúde e com possibilidade de influência nas práticas e subjetividades desses profissionais, sendo portanto alvo de intervenções que visam transformações no campo das práticas e do ensino na área da saúde (CUNHA, 2005).

O desafio que atualmente se coloca para as instituições de ensino superior na educação dos profissionais de saúde é o de mudanças nos currículos e de adoção de um modelo pedagógico que permita ao estudante aprender a ler a realidade e entender o processo que produziu cada um dos problemas a serem enfrentados, atuando com ética e humanidade em benefício da população. É preciso que se construam na formação processos de ensino–aprendizagem que possibilitem

aos estudantes dispor de condições para desenvolver competência para o cuidado e gestão dos serviços de saúde como um valor e um instrumento de construção da integralidade.

1.2. A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O SUS

As mudanças que vêm ocorrendo nos últimos anos e que, por sua dimensão, estão sendo denominadas como paradigmáticas, consistem, de acordo com os estudiosos, na mudança do paradigma da racionalidade científica para o da complexidade, cuja base epistemológica vem sendo desenvolvida pelo pensador contemporâneo Edgar Morin.

Com intuito de compreender o que nos propõe o paradigma da complexidade, recorreremos aos escritos de Silva e Camillo (2007), que, amparando-se nas idéias de Morin (MORIN; MOIGNE, 2000), comenta que a teoria da complexidade surgiu para questionar a fragmentação e o esfacelamento do conhecimento, em que o pensamento linear oriundo do século XVI colocava o desenvolvimento da especialização como supremacia da ciência, contrapondo-se ao saber generalista e globalizante. Segundo o autor, a palavra ‘complexidade’ é de origem latina e derivada de *complectare*, cuja raiz, *plectare*, significa ‘trançar, enlaçar’. Em francês, a palavra correspondente a ‘complexo’ surgiu no século XVI, provindo do latim *complexus*, que significa ‘o que é tecido junto, que abraça’, participio do verbo *complector*, que significa ‘eu abraço, eu ligo’.

Petraglia (2000) explica que o termo ‘complexidade’ advém de três teorias que se inter-relacionam: a teoria da informação, a cibernética e a teoria dos sistemas. A primeira se ocupa fundamentalmente da análise de problemas relativos

à transmissão de sinais no processo comunicacional. A cibernética é a ciência que estuda as comunicações e o sistema de controle dos organismos vivos e máquinas em geral, incorporando a idéia de retroação, que substitui a causalidade linear pela curva causal. Trata-se de uma teoria das máquinas autônomas, em que a causa atua sobre o efeito, que por sua vez atua sobre a causa. A teoria dos sistemas, por sua vez, afirma que o todo é mais que a soma das partes, indicando a existência de qualidades emergentes que surgem da organização do todo e que podem retroagir sobre as partes, mas considerando que o todo é também menos que a soma das partes, pois estas têm qualidades que são inibidas pela organização global. A autora complementa dizendo que no conceito de sistema, como compreendido por Morin, está presente a idéia de rede relacional: os objetos dão lugar aos sistemas e as unidades simples dão lugar às unidades complexas, levando em consideração fenômenos como tempo e espaço (PETRAGLIA, 2000). Essas teorias surgiram na década de 1940, mas seu impacto e aplicação prática só vieram a se manifestar nas de 1960 a 1980.

Esse movimento, que resgata a complexidade do homem e das relações sociais, vem provocando mudanças em todos os campos do conhecimento humano, incluindo o da saúde e o da educação. Considerando que a causa atua sobre o efeito, que por sua vez atua sobre a causa, como nos propõe o paradigma da complexidade, tentaremos construir — “tecer juntos” — uma compreensão sobre a relação entre as práticas assistenciais e a formação dos profissionais de saúde, de modo a considerar essa visão ampliada do homem e da vida. Sendo assim, vamos recorrer sempre que necessário a situações da saúde para proceder a uma análise no campo da educação nessa área.

Os avanços na implantação e compreensão do SUS vêm requerendo mudanças no modelo de atenção à saúde e no ensino de graduação, e o argumento que sustenta a necessidade de mudança no ensino de graduação é o de que as instituições de ensino não formam pessoas preparadas para atuar no SUS.

O movimento de mudança no ensino de graduação tomou impulso com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9 394, de 20 de dezembro de 1996), que confere às instituições de educação superior novos graus de liberdade, abrindo espaço, do ponto de vista legal, para a flexibilização dos currículos de graduação ao propor a superação do modelo de “currículos mínimos”, permitindo que as instituições implementem projetos pedagógicos capazes de adequar a formação profissional às necessidades do país e das regiões.

Além das discussões específicas do campo da saúde, essa lei ainda propõe mudanças ao preconizar a integração entre as várias modalidades do ensino superior, a autonomia acadêmica, a avaliação institucional e uma nova concepção pedagógica que privilegie não só conteúdos universais, mas também o desenvolvimento de competências e habilidades, buscando aperfeiçoar a formação cultural, técnica e científica do cidadão. A reestruturação curricular assim produzida visa flexibilizar a estrutura dos cursos de graduação, abandonando a idéia, até então vigente, da fixação de currículos mínimos para cada carreira, substituindo-os pela idéia de diretrizes curriculares por área de ensino.

Nessa direção, cabe registrar que um grupo de estudiosos, entre eles Ceccim e Carvalho (2005), vem estudando a conformação da educação dos profissionais de saúde como área de conhecimento, buscando ampliar o sinergismo entre educação e saúde como vigor às necessárias transformações no ensino da

saúde. Em outras palavras, anunciam a “educação da saúde como um movimento com potencial de inovação e produção de novas práticas sociais, cuja nova síntese seja o ensino da integralidade na educação dos profissionais de saúde” (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 69).

A concepção conservadora que marcou a educação dos profissionais nos séculos XIX e XX privilegiou o paradigma biologicista (da anatomoclínica e da fisiopatologia), que colocou os hospitais como lugares da doença e da cura e como o âmbito mais bem indicado para a formação em assistência à saúde. Observava-se nos cursos de formação em saúde a oferta das disciplinas de biologia, anatomia e patologia no início do curso e desarticuladas da semiologia. Essa forma de organização curricular não possibilita ao estudante compreender os sentidos e a história, nem perceber a subjetividade dos sintomas e sinais do adoecimento. Na disciplina de anatomia, estuda-se e toca-se o corpo morto, dele aprendendo seus órgãos e sua citologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos. Procedendo dessa forma, não se criam “referências a respeito daquele corpo para além da dimensão física, registra-se no imaginário técnico-científico da saúde um corpo como história natural, não um corpo com as singularidades do viver e do sentir” (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 69). Nessa abordagem da disciplina de anatomia, o estudante observa, toca, analisa e discute os músculos, os nervos, a disposição orgânica e fisiológica, em detrimento dos afetos, das implicações e das inscrições da experiência do viver e do sentir (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Em muitos processos de formação, o contato do estudante com o corpo vivo se dá somente no final do curso, em estágios supervisionados, internatos e treinamentos clínicos, portanto numa formação pouco atenta à construção de

práticas cuidadoras voltadas à integralidade, já que o corpo vivo, pessoa, carrega história e marcas da vida: dilemas, sofrimentos, alegrias, gostos, necessidades, compreensões e cultura. As conseqüências desse processo são danosas para o usuário, que tem seu atendimento dirigido pelo conhecimento predominante na formação profissional, qual seja, aquele ligado à anatomia, à fisiologia e ciências afins, em desvinculamento da dinâmica das relações humanas e de modo a organizar o olhar (e mesmo a prática da dissecação do corpo) em busca de sinais e sintomas orgânicos, e não pela escuta ou pelo contato com a alteridade (CECCIM; CARVALHO, 2005). As práticas que se orientam nessa direção não guardam relação com o olhar proposto pela integralidade da assistência ou pelo paradigma da complexidade.

Ainda se pode acrescentar que o ensino das profissões de saúde tem habitualmente se fundamentado na presunção de que o domínio e transmissão de conhecimentos e habilidades, lastreados nos últimos avanços técnico-científicos, conduzem necessária e suficientemente à boa prática profissional. Organizam-se os currículos privilegiando as oportunidades de aquisição de bagagem cognitiva, psicomotora e, em menor medida, afetiva. A prática é em geral uma mera simulação do trabalho profissional, pois apesar de envolver personagens reais (profissionais e pacientes), desenrola-se em cenários e condições muito distintos daqueles encontrados no mercado de trabalho concreto (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Nesse contexto, temos profissionais que freqüentemente dissociam seu potencial de saberes e habilidades da prática profissional efetivamente colocada à disposição do usuário dos serviços.

Essa dicotomia entre formação e prática profissional tem sido uma das forças propulsoras da busca de alternativas para a formação dos profissionais de saúde. Em especial, busca-se desenhar um modelo que incorpore uma sólida formação acadêmica (científica, técnica, ética e humanística) e práticas de ensino centradas no trabalho profissional e que considere especialmente os sistemas de saúde e as comunidades nas quais os futuros profissionais atuarão concretamente (CECCIM; CARVALHO, 2005).

As diretrizes curriculares são orientações gerais que devem ser seguidas por todas as instituições do sistema de educação superior do país. Para as áreas do conhecimento que integram a saúde, incluindo a enfermagem, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) adotou um formato que compreende os seguintes aspectos: perfil do formando, competências e habilidades, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares; organização do ensino, acompanhamento e avaliação. As diretrizes curriculares explicitam claramente a vinculação da formação do enfermeiro aos pressupostos do SUS quando em seu artigo 5.º, parágrafo único, estabelecem que “a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001, p.3).

Essa mudança, requerendo que se contemple na formação do enfermeiro a dimensão social do processo saúde–doença de forma a assegurar os aspectos da integralidade da atenção e da humanização do atendimento das práticas assistenciais, envolve inovações que fatalmente irão exigir uma incursão no campo do próprio paradigma que orienta a visão hegemônica da educação e da saúde.

Para compreendermos a profundidade do que aqui se expressa, é necessário entender que o termo ‘paradigma’ “designa as categorias fundamentais da inteligibilidade e opera o controle de seu emprego. Assim, os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos culturalmente neles” (MORIN, 2005, p. 25). É importante, então, reconhecer que não se trata de mudanças simples, superficiais, fáceis de implantar, mas que pressupõem a transformação de valores que representam visões arraigadas de mundo, de ciência, de trabalho, de profissão — mudanças de grande magnitude, o que também se aplica às implementadas no contexto acadêmico. De acordo com Lima e Ribeiro (2002, p. 45):

[...] as propostas inovadoras de desenvolvimento curricular devem trabalhar segundo dois eixos de ação, que se complementam: um de construção da própria proposta (produção e acúmulo de novos conhecimentos, habilidades e atitudes) e outro de viabilização do projeto educacional (estratégias para gerenciar resistências e potencializar adesões).

Entendemos que, em ambos os eixos aí explicitados deverá haver uma consciência de que o movimento se processa contra a ordem estabelecida, requerendo-se por isso fundamentação em conteúdos e convicções que sejam capazes de desestabilizar o estabelecido e sobrepor-se a ele.

O movimento pela construção da nova proposta de formação de profissionais para fazer frente a essa nova e ampla demanda desencadeou intensos debates, com múltiplas proposições às inovações introduzidas na graduação na área de saúde, e vem se mostrando um processo desafiante, desde a dificuldade de manutenção de processos inovadores até a obtenção de resultados efetivos.

Na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social reivindicaram novas experiências para a integração ensino–serviço que extrapolassem a

aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em unidades básicas de saúde e recuperassem em alguma medida a integralidade incorporando conteúdos das ciências sociais e humanas aos currículos (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Como consequência da Reforma Universitária de 1968, ocorreu no ensino de enfermagem uma divisão radical entre a função de ensino e a assistência, fazendo com que professor e aluno freqüentassem os serviços de saúde apenas durante os estágios práticos, quebrando assim o vínculo direto com a instituição antes verificado. Tal situação gerou conflitos, por se entender que a separação entre ensino e prática traria prejuízos para o desempenho desses profissionais. Sendo assim, houve uma reação do sistema formador e utilizador desse profissional, no sentido de minimizar ou eliminar o problema, buscando estratégias que viabilizassem a integração ensino–serviço. Desses esforços, surgiu no final da década de 1970 e início da seguinte o Programa de Integração Docente–Assistencial (CIETTO; PEREIRA, 1981). O programa, instituído pelo Ministério da Educação, tinha como finalidade integrar a universidade ao sistema de saúde local de modo permanente, não se limitando à simples utilização dos serviços deste para a prática da docência, mas sim buscando alcançar interação entre esses dois campos.

Esse movimento, que constituiu a Rede de Integração Docente-Assistencial (IDA), vinculava-se à orientação da Organização Pan-Americana de Saúde, da OMS (OPAS-OMS), com projeto em toda a América Latina, cujo propósito era alcançar a saúde para todos no ano 2000. Embora o movimento não tenha conseguido deslocar a lógica do hospital como lugar de cura nem a lógica da doença como território da medicina, introduziu novas visões de saúde e do corpo, possibilitando

criar novas disciplinas e prestigiar outras profissões, dando visibilidade e história à área de ensino em saúde. As experiências de integração ensino–serviço alcançaram outras instituições e foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde e de integração entre formação e trabalho, demarcando que a integração ensino–serviço não só é possível como desejável (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Fortalecendo o movimento pela mudança no direcionamento do ensino em saúde, realizaram-se no final da década de 1980 e meados da seguinte os Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior de Enfermagem, destacando a substituição do paradigma da assistência às doenças pelo paradigma do cuidado humano, o que gerou o Movimento da Educação em Enfermagem. Em decorrência do fértil debate, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEns) consubstanciaram-se em 1994 como fóruns orientadores de diretrizes para o ensino. Destaque-se ainda, nos anos 1990, o projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), que apesar de não operacionalizada, aproximava-se das determinações da Reforma Sanitária (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Nessa direção, registra-se ainda, na América Latina, a iniciativa da Fundação W.K. Kellogg, que decidiu dar início a um novo programa, denominado *Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* (sinteticamente, Programa UNI). Desenvolvido em países da América Latina desde a década de 1990, inclusive no Brasil, o programa incorporou a conceitualização e execução de uma nova possibilidade de pensar e fazer a educação dos profissionais do setor saúde. Assim, articulou a implantação de uma

prática pedagógica inovadora na formação de profissionais de saúde pela universidade, uma mudança da prática de atenção à saúde no âmbito dos serviços locais de saúde (SILOS) e um novo tipo de participação social com vistas à promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. O Programa UNI significa, assim, uma nova etapa no desenvolvimento e nas relações entre três componentes: universidade, sistema local de saúde e comunidade (MACHADO *et al.*, 1997).

À base teórica construída para dar sustentação ao desenvolvimento de projetos vinculados ao Programa UNI deu-se o nome de ideário, considerando-a como um conjunto internamente coerente de idéias sobre o desenvolvimento articulado e sincrônico da educação dos profissionais de saúde, dos serviços e das comunidades em seu entorno. A premissa básica que orienta o projeto prevê que a educação das profissões de saúde deve melhor responder às necessidades da comunidade, sendo necessária uma articulação (parceria) entre três componentes: universidade, serviço e comunidade. Sua orientação para o trabalho deve se pautar pelo respeito mútuo nas relações humanas e institucionais. Deve ser coordenado sob a forma de projetos tripartites que beneficiem os três participantes, orientando-se assim pelo princípio de que o todo é maior do que a soma das partes, coerente com a visão sistêmica (CHAVES; KISIL, 1999).

Segundo Ceccim e Carvalho (2005), o ideário desse projeto não envolvia mais uma reforma conteudista, mas sim aspectos formativos, nos quais a articulação com os serviços era fundamental, assim como a articulação com os representantes da população. Desse modo, deixou-se de criar unidades-escola pertencentes a universidades, passando-se a utilizar as redes de serviços locais. Podemos dizer que esse projeto promove a articulação ensino–serviço–comunidade.

O Ministério da Saúde considera que segmentos importantes das instituições de educação superior têm participado da construção do SUS desde o início desta, oferecendo importante contribuição às formulações e proposições que organizam a saúde no país. Identifica-se há longo tempo a necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la segundo conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira (BRASIL, 2004a).

No entanto, apesar dos intensos debates e múltiplas proposições e inovações introduzidas pelos movimentos de mudança na graduação na área da saúde, a orientação predominante na formação ainda é alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde. A graduação nos cursos da área tem permanecido impermeável ao controle social oficial no setor (os Conselhos de Saúde). As instituições formadoras têm perpetuado modelos os mais conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anatomoclínica, dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêuticos e limitados à exposição à aprendizagem em hospitais universitários (BRASIL, 2004a).

Para o enfrentamento dessa realidade, em 1996 o Ministério da Saúde propôs aos serviços e às instituições de ensino o estabelecimento de parcerias para que o processo de capacitação das equipes de Saúde da Família pudesse ser concretizado e fosse ainda possível influenciar o processo de formação desses profissionais. Assim, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família.

Esses pólos constituem uma rede articulada de instituições comprometidas com a integração ensino–serviço, voltada a atender a demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS. Os pólos, entendidos como estratégia operacional para a adequação e o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família para a abordagem da atenção integral, foram concebidos para elaborar e implementar ações que contemplem suas três vertentes: capacitação, formação e educação permanente (BRASIL, 2004a).

Assim, visando incentivar mudanças na formação de profissionais na área da saúde, foi instituído em 2001 o Promed, programa dirigido às escolas médicas que incentivou e manteve 19 desses estabelecimentos de ensino, incrementando processos de transformação. Os eixos básicos desse projeto contemplam a realização do ensino nos ambientes reais em que se dá a assistência à saúde pelo SUS, a utilização de metodologia em que os estudantes assumem papéis mais ativos e também a própria expansão do objeto do ensino, que não deve ser apenas a doença já instalada, mas a produção social da saúde como síntese de qualidade de vida (FEUERWERKER, 2002).

Desde o início de 2003 o Ministério da Saúde, em cumprimento ao papel definido na legislação de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, responsabiliza-se pela promoção de experiências que contribuam para modificar o processo de formação dos profissionais de saúde. Intensificou-se assim o lançamento de uma seqüência de

programas e políticas que tocam especificamente a problemática da formação dos profissionais de saúde, bem como do fortalecimento das experiências em andamento.

Nessa direção, é então instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Essa política é fundamental para a continuidade e avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como naquele da formação profissional (BRASIL, 2003).

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem tido importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. São exemplos desse tipo de iniciativa programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras e de Formação de Conselheiros de Saúde, que, entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições para uma aproximação entre instituições formadoras e instâncias de ações e serviços do SUS (BRASIL, 2003).

No entanto, todas essas iniciativas têm de enfrentar em sua própria concepção e desenvolvimento, segundo o próprio Ministério da Saúde (BRASIL,

2004b), o desafio de constituir-se em eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos e poderes, em recursos estruturantes do fortalecimento do SUS. A política de educação permanente traz o propósito de construção desse eixo orientador das práticas dos trabalhadores do setor de saúde, coerentemente com os princípios do SUS. Dessa forma, a implementação das diretrizes constitucionais passa a ser o objetivo central, e a educação em serviço — educação permanente — assume o *status* de política pública governamental.

O Ministério da Saúde entende que a política de educação permanente não pode se distanciar das novas bases da política de humanização desse mesmo ministério. A integração dessas políticas deve compor uma diretriz maior de transversalização das diferentes instâncias de realização das ações do Ministério da Saúde, em uma visão de política transversal que incorpora a construção coletiva e intersticial das diretrizes dos processos de produção de saúde e de sujeitos engajados em tais processos. O entendimento que permeia esse processo é o de que as políticas de humanização e educação permanente que guardam relação com o SUS, embora distintas, são inseparáveis.

Com a política AprenderSUS, o Ministério da Saúde pretende dar mais um passo decisivo na construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior (BRASIL, 2004b). Nas palavras de Feuerwerker (O PROFISSIONAL..., 2004), o AprenderSUS é a tradução do desejo do Ministério da Saúde de estabelecer um diálogo organizado com o setor da educação para construir um perfil de formação profissional que dialogue com as necessidades da atenção à saúde no país. O eixo principal dessa discussão é a integralidade da atenção.

A proposição central do AprenderSUS é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Estrutura-se a partir da problematização do processo de trabalho e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde dos indivíduos, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para essa designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, considerada tanto no campo da atenção quanto no da gestão dos serviços e sistemas (BRASIL, 2004b).

É importante registrar que a mobilização dos vários atores e instituições que trabalham em conjunto em torno das diretrizes curriculares constituiu um marco para promover aproximação entre os vários movimentos favoráveis à mudança no ensino de graduação, bem como de articular áreas de educação e saúde importantes para fortalecer as intervenções no âmbito das políticas públicas (FEUERWERKER, 2002). O AprenderSUS propõe uma atuação conjugada dos Ministérios da Saúde e da Educação para apoio à implementação de diretrizes curriculares nacionais, compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS e aumento do compromisso público da gestão do SUS com o ensino em saúde, bem como da área de ensino em saúde para com o SUS.

Podemos então assinalar que a Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) 2 101, de 3 de novembro de 2005, que instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, consolidou legalmente a pretendida aproximação.

O documento do Ministério que instrui a implantação do programa expressa a firme determinação do governo em conduzir o processo de formação de recursos

humanos em saúde na graduação de forma mais vinculada às necessidades da atenção básica, que se pauta, no Brasil, pela estratégia de Saúde da Família. Para tanto, foi considerada a dificuldade de concretização, em todo o território nacional, das propostas do Programa de Saúde da Família, de cujas equipes fazem parte egressos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, atribuindo-se ao Pró-Saúde o papel de indutor da transformação do ensino de saúde no país, buscando desta forma cumprir os preceitos constitucionais, já que a Constituição Federal de 1988 estabelece em seu artigo 200 que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Portaria Interministerial 2 101, de 3 de novembro de 2005). A interseção entre saúde e educação funciona como uma das mais importantes razões para se buscar a adequação do ensino, incluindo conhecimentos produzidos e serviços prestados à população (BRASIL, 2005a). A formulação do Pró-Saúde leva em conta as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes).

Nessa trajetória, o Pró-Saúde busca deslocar o eixo da formação centrada em especializações, introduzindo um processo que contemple as necessidades sociais da população e da nova forma de organização do sistema de saúde e que ainda leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem dos determinantes do binômio saúde–doença na população, na comunidade e em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2005a).

Dada a amplitude dos objetivos colocados, o programa, já em curso, prevê a adoção de um sistema de incentivo que estimule a adesão das instituições de ensino superior aos preceitos do SUS, por meio da apresentação de projetos que representem os avanços pretendidos, bem como demonstre formalmente a pactuação do sistema com os serviços locais, prevendo que a seleção destes seja feita mediante critérios de avaliação estabelecidos pelo Pró-Saúde, que consideram graus variados de classificação das instituições ingressantes, o que possibilitará ao órgão coordenador o acompanhamento das mudanças instituídas, incluídos os três cursos contemplados pelo programa e os serviços vinculados à rede pública (BRASIL, 2005a).

Em publicação de 2007, os Ministérios da Educação e da Saúde explicitam em conjunto que o Pró-Saúde denota a articulação entre ações e procedimentos que levem em consideração objetivos comuns capazes de induzir as mudanças previstas nessa política, prestigiando ações e indicando caminhos a serem seguidos pelas instituições de ensino superior (BRASIL, 2007).

Em linhas gerais, os elementos inovadores que deverão ser incorporados à proposta de formação de profissionais de saúde devem prever a realização de experiências que busquem a integralidade, o que envolve trabalhar um conceito ampliado de saúde, com a idéia de trabalho em equipe, com a ampliação da concepção de cuidado e com o compromisso dos participantes de colocar o usuário no centro do pensamento, da produção do cuidado e da organização dos serviços (FEUERWERKER, 2002).

A incorporação desse novo modo de realizar as práticas assistenciais e de ensino exige, no entendimento de alguns estudiosos, que se (res)signifique a

concepção de ser humano que orienta essas práticas. Tal concepção deve contemplar não só os princípios constitucionais — que delimitam o conceito de cidadania política e incluem o direito à saúde como universal, cabendo ao Estado o dever de mantê-la —, mas principalmente considerar o homem como sujeito da ação, fortemente relacionado ao conceito de cidadania como elemento central de experiências que visam a construção de sujeitos.

O sujeito, na visão moriniana de complexidade, é aquele que é capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, transformando-se continuamente (MORIN, 1998). É nessa relação de alteridade que ele encontra a autotranscendência, superando-se, interferindo e modificando seu meio numa auto-ecoorganização a partir de sua ética, que não é imposta cultural ou universalmente a cada indivíduo, mas reflete suas escolhas, percepções, valores e ideais. Morin (1998) entende que a ética não se reduz ao aspecto político e que este também não se reduz à ética. Há, no entanto, uma indissociabilidade e um antagonismo intrínsecos aos dois termos. O equilíbrio, em nossas escolhas, reside no exercício do diálogo entre esses extremos. A ética só faz sentido em sua aplicação prática. Assim, a ética revestida de complexidade é aquela capaz de ver e compreender o outro como um ser amado em sua dimensão humana, que pressupõe o entender e o sentir, o prosaico e o poético, as idéias e os sentimentos. Compreendendo o homem dessa forma, compreenderemos que é impossível fazermos o que não pensamos e o que não sentimos (MORIN, 1998).

Pode-se pensar que a complexidade surgiu para questionar a fragmentação e o esfacelamento do conhecimento, bem como a linearidade do pensamento, que se originou no século XIV e colocou na especialização a supremacia da ciência, em

oposição ao saber generalista e globalizante. Assim, a complexidade parte da noção de totalidade incorpora a solidariedade, colocando lado a lado razão e subjetividade humana (PETRAGLIA, 2000).

Nesse sentido, a solidariedade presente na complexidade se faz presente na educação por meio da transdisciplinaridade⁵, considerando, entre outros, o princípio da incerteza, a perspectiva dialética e dialógica e a dimensão espiritual do humano. Pode-se afirmar que para alcançar a transdisciplinaridade é necessário o rompimento com idéias preconcebidas ou reducionistas (PETRAGLIA, 2000).

Diante do que foi apresentado, entendemos que viver o processo ensino–aprendizagem sob a égide da visão complexa consiste em preparar sujeitos comprometidos consigo mesmos e com o outro, éticos e solidários e com capacidade para enfrentar os desafios atuais.

Para se compreender o processo ensino–aprendizagem como processo de transformação da realidade, é preciso ensinar e aprender a dividir, comunicar, comungar com o outro, compreender com o outro, compreender o outro em sua especificidade e unidade, utilizando-se para isso o exercício da autocrítica e dos sentimentos de solidariedade e responsabilidade (SILVA; CAMILLO, 2007).

A complexidade propõe uma educação emancipadora porque favorece a reflexão do cotidiano, o questionamento e a transformação social, ao passo que concepções reducionistas, revestidas de pensamentos lineares e fragmentadas, valorizam o consenso de uma pedagogia que, visando a harmonia e a unidade, acaba por estimular a domesticação e a acomodação.

⁵ Compreende-se a transdisciplinaridade como trabalho coletivo que compartilha "estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns" (ROSENFELD, *apud* PERINI *et al.*, 2001, p. 103).

Procedendo na educação como o previsto na visão complexa, estaríamos promovendo a formação de cidadãos com capacidade de reflexão, de crítica, de ação transformadora. Para tanto:

a formação tem que ser humanística, preocupada não apenas com os aspectos cognitivos, mas com as competências, atitudes e habilidades técnicas e humanísticas, como capacidades de comunicar, de cuidar, de escutar, de ver o ser humano em seu contexto e em sua totalidade, potencialidade e diversidade econômica, social, política e cultural e capacidade de chegar ao autoconhecimento. (FEUERWERKER; KALIL; BAUDY, 2000, p. 52)

Dessa forma, o ensino–aprendizagem na área técnico-científica será apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não deveria ganhar o *status* de seu foco central. “A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS” (BRASIL, 2004a, p. 7).

Nesse sentido, e ainda considerando a incorporação do novo modo de realizar as práticas assistenciais e de ensino, as mudanças de que estamos falando passam pela questão da abordagem pedagógica. Um estudo realizado por Nietzsche (1998) no início da década de 1990 indicou que as práticas de ensino desenvolvidas nos cursos de graduação em Enfermagem sinalizavam evidências de lenta incorporação dos princípios da pedagogia da Escola Crítica⁶.

Na mesma direção, o estudo realizado por Araújo (2005) revela considerável avanço ao relacionar algumas instituições de ensino superior que vêm adotando experiências metodológicas problematizadoras como opção pedagógica, buscando

⁶ Escola Crítica: Os projetos que aderem a essa perspectiva possuem em comum a preocupação com a contextualização histórica e social das práticas de ensino–aprendizagem. Consideram o projeto político-pedagógico como projeto de transformação social, o que se dá por meio da promoção da emancipação dos sujeitos (SAVIANI, 1995).

dessa forma integrar o ensino de enfermagem com a realidade, de forma interdisciplinar, articulada e integrada aos problemas do cotidiano.

Cabe registrar que a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), participando ativamente do movimento pela mudança no ensino de graduação dos profissionais de saúde no Brasil a partir de 1986, amparando-se em legislação criada especificamente para a profissionalização dos atendentes (Projeto Larga Escala institucionalizado⁷), permitiu a adoção de modalidades de ensino mais flexíveis, tanto do ponto de vista pedagógico como administrativo (PAIVA, 1999). Posteriormente, instituiu-se o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área da Enfermagem (Profae) (BRASIL, 2001), que adotou como orientação pedagógica aquela que concebe a educação e a saúde como práticas que integram o sistema social, no conjunto das demais práticas de nossa sociedade. Essa concepção de educação propõe uma abordagem reflexiva e crítica dos conteúdos a partir da realidade, do contexto em que as práticas de educação e saúde se desenvolvem. Nesse sentido, a ABEn não só alavancou o movimento pela inovação da educação em Enfermagem no país em direção à adoção de práticas de ensino que se afastavam das concepções positivistas da ciência que historicamente subsidiaram a formação do enfermeiro, marcada pela rigidez e fragmentação dos conteúdos e por um modelo instrutivista de educação, mas também porque envolveu na promoção dos cursos oferecidos por esses projetos um grande número de profissionais (mestres e doutores) de educação superior em Enfermagem, professores de universidades que tiveram a oportunidade de desenvolver aproximação e capacitação numa proposta diferenciada de ensino (SILVA; SILVA; SANTOS, 2005).

⁷ Projeto Larga Escala: institucionalizado em 1996 visava a profissionalização do atendente de enfermagem em cumprimento às determinações da Lei do Exercício Profissional n.º 7 498/86.

Digamos que o desenvolvimento desses projetos e a ativa participação no movimento pela mudança garantiram o engajamento da ABEn no movimento que instituiu as diretrizes curriculares que orientam a organização dos currículos das instituições do sistema de educação superior do país e que nortearam o perfil do formando de cursos da área de saúde. Primam pela tendência de valorizar os aspectos ético-humanistas na capacitação de competências, nas habilidades gerais e específicas e na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania e promovendo a saúde integral do ser humano (CNE, 2001). Disso resulta a construção do marco conceitual para orientar a formação do enfermeiro em consonância com as novas tendências, sendo o Projeto Político-Pedagógico (PPP) da escola o documento eleito para viabilizar a efetivação dessa mudança na prática.

O PPP, segundo Chirelli (2002, p. 4):

[...] revela as intenções que cada instituição escolar tem no processo de formação dos seres humanos/profissionais, pois ele contém a opção ético/política/pedagógica, o referencial filosófico adotado, a finalidade da formação para uma determinada sociedade, o perfil do indivíduo/profissional a ser formado, os objetivos traçados para o curso, a organização estrutural dos conteúdos e o processo de avaliação.

Como vemos, o PPP expressa um projeto educativo, configurando um conjunto de idéias que direcionarão o processo ensino–aprendizagem de determinada escola. Constitui uma promessa de rompimentos com a situação presente e de investimento em outra situação, cujos contornos irão se definindo no caminhar. O termo ‘projeto’ assume aqui o sentido de travessia nem sempre segura, envolvendo risco, período de instabilidade em busca de uma nova situação de conforto.

Entendendo a enfermagem como área do conhecimento nesse processo, concordamos com Araújo (2005), que se apóia nos escritos de Silva (1998), que nos encontramos em um estágio em que não podemos mais analisar nossas práticas de ensino tendo como referência apenas o modelo pedagógico tradicional⁸, sendo que o grande desafio é a superação da fase atual. Embora já tenhamos avançado, não conseguimos evidenciar em nossas estruturas curriculares e em nossa prática de ensino progressos que possam conferir ao novo profissional atributos que lhes permitam enxergar “as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários” (MORIN, 2005, p. 36). Vencer a distância entre os extremos da equação proposta neste parágrafo não constitui tarefa simples.

As mudanças estão sendo percebidas, no entanto. Espiridião (2001) afirma que mesmo considerando uma seqüência de mudanças curriculares ocorridas na enfermagem em função da influência dos paradigmas emergentes na ciência, a estrutura curricular vigente na maioria das escolas de enfermagem brasileiras propicia uma formação ainda fragmentada, permeada de contradições entre o currículo explícito e o oculto, perceptível pela maioria dos alunos.

Chirelli (2002) também formula semelhante denúncia ao dizer que muitos projetos pedagógicos já implementados na área da formação superior em saúde não vêm alcançando o propósito de preparar os profissionais para intervirem de forma crítica, de modo a considerar a complexidade do homem e do contexto em que os problemas de saúde estão sendo gerados.

⁸ O ensino pautado na perspectiva do modelo pedagógico tradicional propicia uma formação fragmentada, sem conexão com o contexto social, e portanto forma profissionais não comprometidos com a realidade (LIBÂNEO, 1994).

Por desarticularem o mundo do ensino do mundo do trabalho e da realidade social, por serem muito mais centrados no hospital como campo de aprendizagem, verticalizados em profissões e disciplinas, levando à especialização precoce, dentre outros aspectos. (CHIRELLI, 2002, p. 4)

Tendo em vista essas críticas, pode-se entender que os processos formativos em desenvolvimento nas escolas de enfermagem não têm dado destaque às questões aqui pontuadas, como também às tecnologias de ensino–aprendizagem cujo foco é a promoção da autonomia do sujeito.

Ainda pretendendo conformar o novo modo de realizar as práticas de ensino de enfermagem, coerentemente com a abordagem crítico-reflexiva, as mudanças de que estamos falando expressam convergência com o paradigma da construção do conhecimento, em oposição ao enfoque único da transmissão de conhecimento. Dessa forma, contemplam a utilização de metodologias ativas de ensino–aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, possibilitando-lhes ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e colocando o professor como facilitador e orientador desse processo.

A adoção de metodologias ativas é fundamental para a incorporação dos princípios que reconhecem a individualidade e para a apropriação da realidade como objeto de reflexão e transformação, e portanto convergentes com a visão de sujeito e de abordagem pedagógica já descritas. Sendo assim, o processo ensino–aprendizagem estará profundamente vinculado aos cenários de prática e aos problemas da vida real, por ser aí que se situam os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde e por ser por meio desses sujeitos que os processos de transformação poderão ocorrer.

Isso significa que as atividades práticas funcionariam como elemento que desencadeia o processo de construção do conhecimento no processo de formação dos profissionais de saúde, além de se pressupor a inversão da seqüência clássica de teoria e prática na construção do conhecimento, assumindo que tal processo se dá de forma dinâmica por meio do mecanismo ação–reflexão–ação. Mesmo considerando a forte aderência das universidades brasileiras ao ensino tradicional, as práticas reflexivas vêm ganhando terreno, com ênfase na investigação, no processo interativo, no planejamento das ações e na tomada de decisões — enfim, na atividade do professor como prático-reflexiva (CIANFLONE, 1998).

A dimensão contida nas proposições anteriores é necessariamente desafiante à estrutura da universidade, que, como sabemos, ainda mantém como predominante a organização curricular pela lógica das disciplinas. O currículo é organizado por uma sucessão destas, cuja ordenação define o percurso do estudante no processo ensino–aprendizagem. Além disso, cada disciplina é capaz de promover o conhecimento da realidade por meio de instrumentos específicos e capazes de revelar uma dimensão do humano. É essa visão unidisciplinar que fragmenta o objeto e o reduz em função dos próprios limites da disciplina. A crença que sustenta essa visão de ciência é a de que seria possível construir uma compreensão do todo recorrendo-se a uma articulação externa do conhecimento produzido pelas diversas disciplinas. No entanto, essa construção do todo não acontece (FEUERWERKER; KALIL; BAUDY, 2000).

Feuerwerker, Kalil e Baudy (2000) comentam que a mudança desse estado de coisas — ou seja, a possibilidade de construção de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde–doença, objeto do trabalho em saúde — passa

necessariamente por outra forma de organização curricular. As experiências desenvolvidas em nosso contexto com o Projeto UNI parecem mostrar que a construção de um currículo integrado, em que as disciplinas deixem de ser autônomas e passem a contribuir com conteúdos específicos no processo de formação, predominam entre as estratégias de mudança. De acordo com esses autores, serão possíveis melhores resultados caso se adote a abordagem interdisciplinar, transdisciplinar, dos conteúdos, uma vez que “o mundo não é feito de coisas isoladas”, mas “existe uma complementaridade de dimensões” (FEUERWERKER; KALIL; BAUDY, 2000, p. 53).

Diríamos que a mudança implícita consiste na forma de conceber educação e saúde que se consubstancia nos conhecimentos produzidos sobre essas práticas ao longo dos tempos. Assim, o grande desafio colocado para os profissionais de saúde que fazem educação está centrado na construção e escolha de referenciais que propiciem possibilidades de convergência de campos teóricos e práticos e viabilizem a aproximação necessária à construção de um caminho crítico reflexivo sobre sua prática profissional na perspectiva de promover e integrar o mundo do trabalho e o da educação, visando com isso o fortalecimento de diretrizes políticas comprometidas com a emancipação dos sujeitos usuários.

A perspectiva teórica assumida, e ainda em construção, neste estudo afasta-se dos modelos tradicionais que predominantemente alicerçam as práticas de saúde e educação, reduzindo os sujeitos humanos a reprodutores de modos de trabalhar e educar já instituídos, indo ao encontro de uma perspectiva crítica que, ao considerar as práticas como construção humana e histórica, supõe a possibilidade de transformação social.

O movimento de mudança da formação profissional em saúde é fundamental para a transformação do modelo de atenção em saúde. A prática da gestão é uma dimensão importante do trabalho do enfermeiro, cujas concepções e modos de fazer podem ter repercussões significativas nas práticas em saúde. Assim, faz-se necessário, tomar o ensino da gestão em enfermagem como objeto de reflexão. Todavia, não se trata de simplesmente estabelecer pontos que seriam importantes no ensino de gestão, mas sim partir da prática cotidiana, dos segmentos que constroem o “que fazer” do enfermeiro no dia-a-dia, problematizando-o para, de modo articulado, refletir sobre a prática e o ensino da gestão no contexto da enfermagem. Isso pressupõe uma forma de conceber as práticas educativas e de gestão, aspecto que será enfocado nos itens que se seguem.

1.3. A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A DIMENSÃO GERENCIAL

A enfermagem, como categoria profissional inserida no campo da saúde, originariamente foi sistematizada sob os auspícios da modernidade, na segunda metade do século XVIII, orientando-se na lógica instituída pela racionalidade clínica, voltada a garantir controle irrestrito sobre as práticas assistenciais, exercidas por muito tempo predominantemente no hospital.

No entanto, a compreensão dos fatores sócio-históricos que permeiam as relações aí existentes, e que geram essa complexa dinâmica no ambiente de trabalho, só muito recentemente foi tomada como objeto de análise. Almeida e Rocha (1986), ao estudarem os saberes da enfermagem e sua dimensão prática, compreenderam que o trabalho da enfermagem pode ser genericamente caracterizado como modalidade funcional, ou seja, é todo dividido em tarefas e

procedimentos, sendo as técnicas e os princípios científicos os instrumentos de trabalho dominantes. As autoras também consideram que a estrutura em que se dá o trabalho da enfermagem foi constituída de forma complexa e alcança o trabalho de todos os profissionais que atuam na área da saúde.

Almeida e Rocha(1986, p. 120) identificam uma situação de crise da enfermagem brasileira, crise essa “caracterizada pelo afastamento” do enfermeiro “de seu pretenso objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem”. Com esse distanciamento, esse profissional passou a gerenciar o processo de trabalho, que no modelo funcional de organização se apresenta subdividido, cabendo ao pessoal auxiliar realizar os cuidados sob a supervisão do enfermeiro. Para controlar esse pessoal, o enfermeiro utiliza seu saber como instrumento ideológico de poder. Podemos dizer que a constituição histórico-social da profissão conformou a prática do enfermeiro na dimensão gerencial. Assim, pode-se inferir que este foi o profissional originariamente cogitado para fazer funcionar o processo assistencial sob a ótica da clínica e do profissional médico nas instituições hospitalares.

A idéia de que o enfermeiro foi originalmente moldado para a função gerencial fundamenta-se no entendimento que a dimensão gerencial das práticas se originou da inserção da enfermagem no hospital, momento em que na Inglaterra, do final do século XVIII, o hospital se reorganizava sob influência da clínica e do sistema capitalista. Esse movimento atravessou um século e no final do século XIX a medicina encontrava-se voltada ao cuidado do corpo anatomopatológico, passando o hospital a ser instrumento do trabalho médico para favorecer a cura. Para dar conta de acompanhar a transformação do hospital e do saber médico, a enfermagem abandonou a finalidade de assistência religiosa e passou a ter suas

atividades direcionadas ao cuidado do corpo, com o propósito de favorecer a cura (GOMES, 1991).

Gomes (1991) entende que o trabalho da enfermagem organizou-se em três direções que, articuladas de maneiras diferentes e utilizando instrumento de trabalhos diversos, convergiram para um mesmo fim: a recuperação dos corpos sociais. Segundo a autora, a primeira direção foi a de organizar o cuidado ao doente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem. A seguir, organizou-se o que hoje é designado como um ambiente terapêutico, por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros. A terceira direção foi a de organizar os agentes por meio de treinamento, utilizando técnicas e mecanismos disciplinares.

Buscando entender de que modo a dimensão gerencial na prática e no saber da enfermagem coincidiu com o movimento de sua sistematização, Gomes (1991) refere-se a vários parágrafos de *Notas sobre enfermagem*, de Florence Nightingale, escrito em 1858, para demonstrar que o conhecimento de administração foi instrumento de trabalho da enfermagem já na fase de sua constituição, na segunda metade do século XIX.

Ampliando o contexto de análise, o trabalho em saúde e o trabalho da enfermagem fundamentam-se também na racionalidade produtiva que marca a modernidade. Organiza-se, nesse contexto, uma modalidade de gestão que institui um estilo de governar cujos princípios fundadores são a disciplina e o controle, promovendo a centralização do poder em núcleos de gerência, o que constitui a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão hoje existentes (CAMPOS, 2000a). Esse conhecimento subsidiou a estruturação administrativa das

organizações de produção de bens no sistema capitalista, sendo incorporado à gestão dos serviços de saúde.

Com a situação de crise acima mencionada, predominou na enfermagem nas décadas de 1970-80 um discurso que evidenciava uma situação conflituosa, em que a escola ensinava o assistir e cuidar, enquanto o mundo do trabalho demandava por profissionais preparados para o gerenciar.

Em seu estudo sobre a formação do enfermeiro para a gerência nas escolas de enfermagem do país, com participação de 48 das 93 escolas então existentes, Gomes (1991) tenta ultrapassar a polêmica entre o “administrar” e o “cuidar” nos afazeres do enfermeiro, enfatizando que no início da década de 1990 a atividade administrativa já era concebida como uma realidade no trabalho desse profissional, sendo evidenciados os determinantes sociais que fizeram da administração um instrumento de trabalho da enfermagem. Assim, desmistifica o caráter ideológico do discurso que postulava o fazer administrativo como “desvio de função” do enfermeiro, algo que o afastaria da função essencial que é o cuidar. Esse trabalho também aponta as principais fragilidades do ensino das disciplinas que moldam a formação para a gerência, constatando que “o ensino da administração está centrado, predominantemente, nos aspectos técnicos e normativos do serviço de enfermagem hospitalar e no próprio hospital, como uma unidade isolada do todo, bem como nas teorias da administração geral” (GOMES, 1991, p. 155).

As críticas então formuladas pela autora não rejeitam os conteúdos que até ali conformavam a formação do enfermeiro, mas ela adverte que tais conteúdos não deveriam ser trabalhados como um fim em si mesmo, e sim como meio para favorecer a compreensão e análise da finalidade social desses instrumentos de

trabalho. Acrescenta compreender que as teorias da administração reforçam tal entendimento, pelo formalismo e simplificação da realidade, e não possibilitam entender o hospital como um instrumento de trabalho, embora a finalidade deste, acima de tudo social e histórica, o faça encontrar-se em constante transformação (GOMES, 1991). A autora considera que esses conteúdos têm por característica a internalidade do serviço de enfermagem hospitalar, sem contemplarem a articulação entre os diferentes serviços de saúde e a própria produção dos serviços de saúde.

Gomes (1991, p. 137) diz ainda que, em decorrência da incorporação das propostas de reorganização dos serviços de saúde, advindas do movimento da Reforma Sanitária, vem-se tentando reformular os conteúdos programáticos dos cursos de saúde pública e de formação de especialistas com “habilidade de gerenciar, planejar e organizar os serviços de saúde na busca de uma sempre maior capacidade de resolver os problemas da área, lidando com todo o complexo de determinantes desses processos”. Acrescenta que com a implantação do SUDS, uma das etapas do processo de construção do SUS, o que muito se discutiu foi a questão da gerência dos serviços de saúde, vislumbrando haver uma possibilidade de instrumentalização da prática de enfermagem com base na gerência de serviços, nos níveis hospitalar e de saúde pública.

Podemos afirmar que o referido estudo constituiu o ponto de partida para aqueles que pretenderam avançar em direção à construção de um instrumental que reorientasse o fazer/ensinar administrativo do enfermeiro.

Também buscando elucidar o papel da disciplina de administração na formação do enfermeiro, Sordi, Magalhães e Sampaio (1996), ao estudarem as contradições do ensino em enfermagem e seu impacto nos rumos da prática

profissional, também problematizam questões relacionadas ao ensino da disciplina 'Administração aplicada à Enfermagem', colocando em discussão o descompasso entre o que se ensina e o que se faz nos serviços de enfermagem e apontando que essa defasagem ocorre quando não há convergência entre os projetos políticos que orientam essas atividades. Assim, as escolas que se mantêm distantes do mundo do trabalho adotam um direcionamento que não leva em conta as questões que atravessam o mundo globalizado, deixando por isso de acompanhar as mudanças que se processam na prática, como por exemplo daquelas relacionadas aos avanços tecnológicos e à informatização. Tais campos estão continuamente a exigir novas habilidades aos trabalhadores, tais como criatividade, flexibilidade, competitividade e formação polivalente.

As autoras reconhecem que tais habilidades representam avanços ao criticado modelo fordista-taylorista, mas recomendam que se investiguem os reais interesses ocultos do projeto que anuncia essas mudanças, ao qual denominam "projeto neoliberal". Tal situação coloca um imperativo para a escola: adotar uma posição política claramente definida que não permita adesão à proposta modernizante de forma acrítica.

Sordi, Magalhães e Sampaio (1996) consideram que a adesão consciente a um determinado projeto político ideológico requer a compreensão dos movimentos da sociedade e a captura de sua lógica.

Na saúde e na educação, convivemos com dois projetos, pelo menos mais explicitamente. Um deles é o projeto neoliberal hegemonicamente estabelecido, adepto da lógica do capital, atualmente desgastada e em movimento de reformulação devido a pressões externas oriundas da reorganização da economia

mundial (“globalização”). O outro, contra-hegemônico, tem sua força propulsora relacionada aos compromissos assumidos na formulação e consolidação de um sistema de saúde equânime: o SUS.

Campos (2005) reforça este entendimento em sua tese de doutorado, de 1991, em que procurou demonstrar que a expansão do SUS vinha produzindo um movimento paradoxal em que tanto se observava um reforço ao modelo médico tradicional quanto a geração de novas experiências de organização da atenção. Passada mais de uma década, volta a afirmar que essa produção de efeitos ainda não foi superada, em vários sentidos, permanecendo a disputa entre distintos paradigmas e modos de organizar a atenção no interior do SUS. Complementa dizendo que a “construção conceitual e prática de um novo modelo é um desafio estratégico” que “diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS” (CAMPOS, 2005, p.109).

Tanto o estudo de Gomes (1991) quanto o de Sordi, Magalhães e Sampaio (1996) têm em comum uma elevada preocupação com a importância da adequada contextualização das realidades em que se dão os processos formativos, tendo em vista a inserção dos profissionais no mercado de trabalho.

Em uma observação mais atenta pode-se perceber nos documentos oficiais que orientam a institucionalização do SUS a gestão tem sido freqüentemente realçada como ferramenta fundamental para sua implementação.

O forte destaque dado à gestão estimula a perguntar qual, afinal, é o significado desse termo. Segundo Motta (1991, p. 26), a gestão pode ser definida como “a arte de pensar, de decidir e de agir”, “a arte de fazer acontecer e de obter resultados”. Por ser uma arte, transcende a lógica da racionalidade, a capacidade

analítica e o domínio da técnica, incorporando dimensões de criação, intuição e cidadania. Concebendo-a assim, entendemos o porquê da ênfase dada nos referidos textos.

Apesar disso, encontramos em Azevedo (2000) que os termos 'gestão', 'gerência' e 'administração' podem ser considerados sinônimos, ainda que conjunturalmente, e dependendo da situação, algum deles apresentem significado mais abrangente e de maior relevância, como ocorre no sistema de saúde. No entanto, a NOB 96⁹ diferencia 'gerência' de 'gestão', dando à primeira um caráter mais operacional-administrativo (portanto tomando gerência apenas como sinônimo de administração) quando aplicada a serviços (ambulatorios, hospitais, institutos, fundações), reservando para o termo 'gestão' funções como coordenar, articular, negociar, e planejar, no caso dos sistemas de saúde (municipal, estadual e nacional).

Assim, concordamos com Mishima *et al.* (1997) quando, apoiando-se nos escritos de Meana *et al.*, de 1995, apontam a gerência como uma das ferramentas imprescindíveis ao prosseguimento da efetivação das transformações postuladas pela política de saúde. As concepções de novas formas de fazer saúde propostas pelo SUS não estão prontas, acabadas, mas estão sujeitas a um processo de fazer e refazer, para que dêem conta de mudar a lógica do modelo de atenção atual, baseado na oferta, em outro que tenha como propósito as necessidades de saúde da população. Nesse processo, a organização da rede de serviços de saúde, bem como das práticas sanitárias, requer uma eficácia administrativa e um maior impacto epidemiológico sobre os problemas de saúde existentes.

⁹ NOB 96: Norma operacional básica que redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo-se em instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas da gestão do sistema.

A consecução de um trabalho com a dimensão prevista no parágrafo anterior requer uma intervenção coordenada, uma vez que os sistemas locais de saúde se estruturam em redes de serviços com diferentes graus de complexidade. Um nó crítico desse desafio é a dimensão gerencial, uma vez que esta pode ser fundamental para a manutenção de uma dada situação ou ser elemento decisivo para sua transformação, ou ainda constituir instrumento do processo de trabalho em saúde, atendendo e articulando-se às necessidades colocadas para esse processo, em função da finalidade que o ilumina em seu todo (MISHIMA *et al.*, 1997).

Diante do exposto, precisamos primeiro compreender que não se constrói um modelo de gestão abstrato e que esses modelos guardam relação com contextos históricos específicos. Assim, tomando como referência o SUS, o desafio que se coloca é a construção de um modelo de gestão que contemple um novo modelo assistencial e compreenda o processo saúde–doença como resultante das condições objetivas do viver em sociedade. Sendo assim, a gerência deverá exercer uma função estratégica para a mudança, necessariamente incorporando as dimensões discutidas a seguir.

Cabe esclarecer que a concepção de gerência que permeia a reflexão de Mishima *et al.* (1997, p. 285) aprofunda-se numa dimensão não apenas técnico-administrativa, mas também política e ética. Isso implica “pensar o gerenciamento de serviços de saúde não sob uma ótica absolutamente técnica, em que muitas respostas seriam dadas pelo uso de modelos operatórios prontos a serem aplicados à prática ou pelos constructos oriundos da Teoria Geral da Administração (TGA)”.

Os conhecimentos disponíveis sobre gestão privilegiaram, ao longo do tempo, os aspectos técnicos, tendo como foco a organização das empresas de

produção de bens duráveis, aspectos esses que foram gradualmente incorporados e redimensionados às necessidades das empresas de produção de serviços, incluindo os de saúde. A nova demanda colocada para o campo da gestão requer a construção de um campo conceitual ampliado para viabilizar o processo de gestão, levando-se em conta as especificidades do setor de saúde.

Assim, no campo da saúde, em que se busca reorientar a lógica de produção de serviços tendo como foco o atendimento das necessidades de saúde da população e tomando por referência o SUS, a atividade gerencial deverá ser considerada como ação interdisciplinar, fazendo-se presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política. Essa perspectiva requer uma compreensão da dinâmica das relações político-econômico-sociais presentes na organização dos serviços de saúde em um dado processo de trabalho. Nesse sentido, a função gerencial não é exercida “apenas no domínio dos conhecimentos técnico-administrativos por quem a executa, mas na capacidade de compreender esta dinâmica maior de determinações sociais presentes na organização de serviços de saúde” (MISHIMA *et al.*, 1997, p. 286).

Respaladas em outros estudiosos, Mishima *et al.* (1997) acrescentam que à atividade gerencial são inerentes as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania. À dimensão técnica estão ligados os aspectos mais gerais do trabalho administrativo, como planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, no diz respeito a questões relacionadas a recursos humanos, a infra-estrutura física, equipamentos e instalações. Nessa dimensão, inclui-se ainda a aplicação de outros saberes que dão especificidade à prática assistencial que caracteriza cada campo de atuação hospitalar ou de saúde pública, ou seja, “a

dimensão técnica calcada na racionalidade instrumental diz respeito ao conhecimento e habilidades necessários à consecução dos objetivos colocados pelo projeto que se almeja atingir” (MISHIMA *et al.*, 1997, p. 289).

A dimensão política seria aquela que articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender: a consolidação do SUS. Permeiam esse movimento determinações político-ideológicas e econômicas, bem como manifestações derivadas das organizações corporativas e dos diferentes tipos de usuários dos serviços de saúde.

Implica, sem dúvida, a articulação do momento mais interno do processo de trabalho às determinações externas deste, que dizem respeito às políticas sociais e de saúde em específico e das contradições e conflitos presentes na sociedade para sua efetivação. (MISHIMA *et al.*, 1997, p. 289)

Essas autoras sustentam que a dimensão comunicativa se vincula ao caráter de negociação presente no lidar com as relações de trabalho na equipe de saúde e nas relações da unidade com a comunidade. Para discutir a dimensão comunicativa, amparam suas reflexões, por um lado, nos escritos de 1993 de Ingram, propondo que a dimensão comunicativa está colada ao conceito de ação comunicativa, que envolve um esforço explícito e concentrado de alcançar acordo, e, por outro, no trabalho de 1990 de Tenório, enfatizando que a ação comunicativa pressupõe a linguagem como um meio no qual tem lugar um tipo de processo de entendimento. Concluem que há estabelecimento de um processo dialógico permanente, em busca da argumentação, do consenso possível.

A última das dimensões propostas por Mishima *et al.* (1997) é a que propõe o desenvolvimento da cidadania, concebendo a gerência como uma atividade que contém e está contida numa perspectiva que promove a emancipação dos sujeitos

sociais, quer sejam eles os agentes presentes no processo de trabalho ou usuários que utilizam os serviços de saúde.

Frente ao exposto, podemos concluir que as dimensões que subsidiam a gerência se sustentam em racionalidades distintas. A racionalidade instrumental e a racionalidade comunicativa não podem ser consideradas como excludentes ou apartadas, mas sim instâncias em permanente diálogo. Pela gerência se viabiliza um compartilhamento do poder que permeia as relações, possibilitando que os envolvidos no processo de trabalho desenvolvam suas ações de forma emancipadora, intervindo de forma mais decisiva nas possibilidades de transformação do SUS.

Esse poder não é uma coisa, um objeto com lugar definido e estabelecido, mas uma relação (MISHIMA *et al.*, 1997). Amparadas nos escritos de 1990 de Machado, as autoras afirmam que, rigorosamente, o poder não existe; existem práticas ou relações de poder, que vão se conformando na dinâmica social.

Essas idéias parecem ficar mais claras nos escritos de Camacho (1987), quando diz que para conceituar administração é indispensável que se conheça o modelo de estrutura social, bem como os princípios ético-normativos que a regem. A estrutura social define a própria textura da realidade e determina a forma de interpretá-la. Cria as representações culturais e define suas estratégias ideológicas. Tudo isso ocorre no cotidiano das pessoas, a ponto de estas incorporarem tais elementos como componentes da natureza humana, vendo-os como ligados a uma essência metafísica. Completa dizendo que é “valendo-se desta força, imposta por uma dada concepção de mundo, que as organizações constituem seus princípios e

modelos administrativos, obtendo por eles uma solidariedade quase incontestável de seus membros” (CAMACHO, 1987, p. 6).

Podemos então dizer que a administração está profundamente ligada ao exercício do poder e que a manutenção deste se subordina à ideologia. Camacho (1987, p. 6) conclui que “não podemos falar de administração sem poder, nem em poder sem ideologia”. A ligação desses elementos é profunda e quase imperceptível.

O conteúdo exposto sobre a administração nos permitiu compreender a gerência em saúde como um instrumento necessário para a efetivação de políticas e práticas de saúde. Dessa forma, é possível acreditar que a gerência é também uma importante ferramenta para a construção de mudança, contribuindo para a implantação do modelo de assistência ora proposto pelo SUS, calcado em seus três princípios fundadores: universalização, equidade e integralidade.

Tal possibilidade nos remete à necessidade de revisão das práticas gerenciais com base nos pressupostos que estruturam o SUS, que, como já visto, guardam estreita relação com a perspectiva democrática ao defenderem o ideal de justiça e solidariedade e expressarem o vigor da luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da Reforma Sanitária brasileira. Além disso, visam promover uma atenção à saúde que leve em consideração necessidades específicas das pessoas, ou seja, assistir a cada um de acordo com sua necessidade e com alcance a toda a população.

Colocar em prática um sistema que expressa tais intenções é um desafio permanente e dinâmico. A coordenação de todos os ingredientes que permeiam os processos aí envolvidos requer o uso de estratégias e ferramentas apropriadas a

tais dinâmicas e ultrapassa as possibilidades oferecidas pela Teoria Geral da Administração (TGA).

Com o declínio do paradigma da racionalidade científica, a área da administração vem produzindo novos pressupostos teóricos que subsidiam a gestão. Nessa nova ordem, à luz do paradigma da complexidade, a administração vem propondo perspectivas mais flexíveis que precisam ser incorporadas aos processos de gestão dos serviços de saúde, bem como aos processos de formação dos profissionais aí envolvidos, em particular da enfermagem.

Entre esses pressupostos, destacamos a proposta da administração flexível, que se inicia na segunda metade da década de 1970, sinalizando o esgotamento dos modelos anteriores e a necessidade de novos estilos e práticas de gestão, mais condizentes com as necessidades de flexibilização do momento em escala mundial. A administração flexível pode ser compreendida como "o processo de gestão que leva a organização a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como demanda de clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência" (MÉDICI; SILVA, 1993).

Embora o conceito apresente forte aderência às variações ambientais, a organização flexível, de acordo com Motta (1991), não depende exclusivamente destas. Ela necessita de alguma regularidade estrutural para enfrentar as incertezas externas, por meio de estruturas simples e dotadas de flexibilidade, em contraste com os modelos complexos e imobilizadores de orientação tradicional.

As idéias trazidas da administração flexível prestam-se, de acordo com Motta (1991), a reverter práticas organizacionais baseadas na teoria clássica e

visam uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade e estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas, conforme as necessidades ambientais.

As propostas organizacionais que se orientam pela administração flexível se assentam em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e de sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas. "Trata-se de um modelo de organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional. São projetadas com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão" (MOTTA, 1991, p. 122).

Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas sua interdependência é garantida por valores compartilhados e por um sistema de comunicação intensivo. Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário. A organização se torna, dessa forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes e a conexão entre as partes ocorre por meio de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores. "É chamada de organização modular, orgânica, celular, atomizada ou holográfica" (MOTTA, 1991, p. 122).

Diante das características da administração flexível e retomando a idéia de que o SUS se organiza tendo como eixo os princípios doutrinários e as diretrizes operacionais, visualizamos a possibilidade de articulação entre ambos.

As estratégias mais flexíveis de gestão de que estamos falando guardam relação com o propósito de democratizar as organizações. Campos (1998, p. 4), fundamentando-se em outros estudiosos, esclarece que a racionalidade colocada pelos pressupostos da Teoria Geral da Administração jamais pretendeu realizar tal empreendimento. Apesar das críticas à concentração de poder burocrático, político e econômico proferidas contra essa teoria, na prática nunca se conseguiu alcançar democracia nas instituições. Em outras palavras, “não se produziram de maneira sistemática métodos e técnicas alternativas à lógica criada por Taylor e Fayol”.

Na tentativa de criar modalidades que pudessem não só inovar a gestão, mas que sobretudo tivessem consonância com os pressupostos do SUS, Campos (1998) propõe o Modelo de Gestão Colegiada, que tem como elemento fundamental a distribuição de poderes entre o nível central da gerência e as equipes de saúde. Isso compreende instituir processos gradativos de distribuição cada vez maior, de delegação de autonomia para as equipes. Para tanto, requer-se a criação simultânea de novos padrões de responsabilização dos trabalhadores pela saúde dos cidadãos. A distribuição de poderes a que o autor se refere se encontra inscrita nas diretrizes operacionais da descentralização já assimiladas pelo SUS, enquanto estrutura que organiza a atenção à saúde nos serviços em seus diferentes níveis, representando uma conquista do Movimento Sanitário, agora transformada em norma que regulamenta o sistema de saúde — portanto não fugindo à lógica de que “poder” não se distribui, mas se conquista, já que os princípios que orientam a estrutura do SUS advêm de conquistas dos movimentos sociais por melhores condições de assistência a saúde da população brasileira.

Isso não significa, no entanto, que a descentralização de fato aconteça na prática da gestão. Campos (1992, p. 103), ao discutir a atuação dos Conselhos de Saúde, assim se pronuncia: “raramente esses Conselhos transformaram-se em colegiados com poder efetivo, mesmo porque sua principal atividade — elaboração e aprovação dos Planos Diretores de Saúde — tinha uma importância meramente formal legal”.

Na construção do modelo de Gestão Colegiada, em experiência administrativa desenvolvida por Campos (1998), reconheceu-se a conveniência do planejamento ascendente com envolvimento de profissionais e de usuários. Nesse cenário democratizante, foi preciso aprender a articular a participação horizontal da base com a preservação dos objetivos primordiais do SUS. Segundo o autor, uma indagação sempre esteve presente na condução dos trabalhos: Como combinar capacidade operacional com algum grau de centralização vertical que propiciasse independência e autonomia para cada equipe, sem que se perdesse o sentido de rede de compromisso, a noção de sistema, ou que fosse comprometida a diretriz da integralidade da atenção? Pode-se dizer que as estratégias acima mencionadas, de inversão da lógica do planejamento tradicionalmente verticalizada, e a ampliação das possibilidades de participação investem, ao contrário das correntes tradicionais da administração, na produção de sujeitos dotados de autonomia e de capacidade de estabelecer compromisso com outros (CAMPOS, 1998).

O autor deixa claro que, ao realizar as experiências acima registradas, buscava construir estratégias que viabilizassem a gestão no SUS. Embora não o mencione, as experiências convergem com os princípios da administração flexível. Dessa forma se confirmam as possibilidades de articulação entre os princípios da

administração flexível e a gestão do SUS, inicialmente previstas. Sendo assim, o ensino de administração poderá se amparar nos pressupostos dessa corrente para que se proponha um currículo que possibilitem o processo de aprendizagem, integrando gestão e assistência e visando construir um modelo de assistência à saúde realmente alicerçado nos princípios do SUS (CAMPOS, 1998).

Considerando a necessidade de investir na construção desse novo cenário para as práticas gerenciais e pensando na formação dos futuros enfermeiros, apresentaremos a seguir reflexões voltadas à formação do enfermeiro para a função gerencial. A começar pelo exposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem, estão definidos o perfil do profissional e as competências gerais e específicas, bem como habilidades, conteúdos curriculares, estágios, atividades complementares, organização do ensino, acompanhamento e avaliação. O artigo 4.º desse documento define as habilidades e competências gerais em seis incisos: I – Atenção à saúde; II – Tomada de decisão; III – Comunicação; IV – Liderança; V – Administração e gerenciamento; VI – Educação permanente (CNE, 2001).

A atenção à saúde, preconizada no primeiro inciso, refere-se à aptidão do enfermeiro para a resolução de problemas de saúde, tanto individuais como coletivos, por meio de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, fundamentando-se nos princípios da ética e da bioética.

A tomada de decisão no trabalho em saúde, objeto do segundo inciso, demanda a capacidade profissional de avaliar, sistematizar e decidir por condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

A comunicação, foco do inciso III, diz respeito ao domínio do enfermeiro quanto a tecnologias e informação, comunicação verbal, não-verbal e escrita, capacidade de preservar sigilo e garantir acessibilidade nas comunicações a outros profissionais e ao público em geral.

O quarto inciso refere-se à necessidade de preparo do enfermeiro para a liderança da equipe multiprofissional de saúde, direcionando o foco para o usuário e para a comunidade, envolvendo a empatia, o compromisso, a responsabilidade e o gerenciamento, entre outros aspectos.

A administração e o gerenciamento, objetos do quinto inciso, tanto dos serviços relativos aos recursos humanos, materiais, físicos e de informação como relativos ao sistema, deve tornar os profissionais aptos a atuarem como gestores, liderando a equipe de saúde.

O sexto inciso trata da educação permanente, explicitando a necessidade de que os profissionais de saúde aprendam a aprender, num processo contínuo, e que também estejam abertos às atividades de capacitação e estágio de futuros profissionais, valorizando e implementando parcerias entre docentes, alunos e profissionais do serviço.

Aliadas a essas exigências, vieram outras, dentre elas as originadas do movimento de consolidação do SUS, que passou a demandar gerentes com novos conhecimentos e habilidades para o atendimento eficiente das necessidades de saúde da população em nível local. No contexto do SUS, as instâncias deliberativas passaram por um efetivo processo de descentralização e as decisões foram deslocadas para os níveis locais, mais próximos dos usuários dos serviços. Isso tornou necessária a construção de uma nova agenda no campo das políticas de

recursos humanos e em sua forma de gerenciamento. Novos dilemas se impuseram, principalmente para os gestores do sistema, obrigando ao enfrentamento de novos desafios, haja vista a relevância de sua participação na construção e consolidação do novo modelo assistencial.

No entanto, alguns autores já se preocupavam com a formação e atuação dos enfermeiros no campo da gestão, antes mesmo da oficialização das diretrizes curriculares. Nesse sentido, Ferraz e Martins do Valle (1999), preocupadas com o reordenamento da atividade administrativa do profissional de enfermagem, propõem e discutem uma nova forma de administração em enfermagem, denominada *gerência sensível*. Extraíndo orientação teórica na obra de Michel Maffesoli, discutem os conceitos fundamentais e propõem uma nova forma de administração em enfermagem. O entendimento que direciona essa nova forma de administração pressupõe a racionalidade como uma das metas de todas as instituições, mas considera que essa nova racionalidade tem como referência os valores da pós-modernidade e destaca a compreensão dos fatos em sua globalidade, incorporando aquilo que estes têm de pragmático e de onírico. Sinaliza-se, desse modo, a necessidade de mudanças nas posturas e nos instrumentos de trabalho do enfermeiro e, conseqüentemente, na formação desse profissional.

Assim, num esforço para dar respostas às demandas anteriormente apontadas, Ciampone e Kurcgant (2004) pesquisaram como vem se desenvolvendo na formação em enfermagem o ensino de administração, no âmbito da graduação e da pós-graduação. Na graduação foram analisados os planos de ensino das disciplinas de administração em enfermagem, em termo de objetivos, carga horária, duração, momento de inserção no curso, conteúdo programático, estratégias

pedagógicas e forma de avaliação, tendo em vista identificar as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas que subsidiam o ensino. Ao término da primeira etapa do estudo as autoras concluíram que o ensino da disciplina de administração em nível de graduação ainda guarda forte relação com o ensino baseado em enfoques tradicionais da administração, concentrando-se em temáticas abrangidas pelo modelo tecnoassistencial e de gerenciamento intra-hospitalar. Na segunda etapa, com auxílio do referencial da pedagogia das competências, as autoras problematizaram os saberes e as competências tidas como necessárias ao profissional enfermeiro para atender as prerrogativas do SUS, na perspectiva de mudanças nos modelos assistenciais e gerenciais. Ao fim desse exercício investigativo, defendem um melhor preparo dos docentes para a realização do ensino ancorado naquele referencial, tendo em vista a promoção de melhor desempenho na aquisição das competências. Recomendam também que as escolas envolvidas no estudo incorporem as diretrizes do SUS como eixo orientador da formação do enfermeiro e apontam a necessidade de reformulação dos processos e práticas de formação profissional na área de administração em enfermagem, destacando a importância do ensino contextualizado e elegendo prioritariamente aprendizagens significativas e o fortalecimento do papel do aluno como sujeito de sua formação e de sua vida (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Muitos outros estudiosos vêm problematizando a necessidade de adequação do ensino na área de administração em enfermagem, entre eles Ferraz, Gomes e Michima (2004), Spagnol (2005) e Rossi e Lima (2005), que propõem formas e estratégias que visam dar nova conformação à gestão, almejando responder às necessidades que se colocam nesse campo, sobre as quais discorreremos sucintamente.

Considerando a importância da prática da gestão, bem como a participação dos enfermeiros e o espaço que ocupam na dinâmica do processo organizacional das instituições de saúde contemporânea, Ferraz, Gomes e Michima (2004) tratam da gestão de serviços e organizações de saúde, apontando os saberes como recurso de ação que se reverte em fonte de autonomia, autoridade e poder dos sujeitos nos contextos de suas práticas. As autoras ainda destacam a importância da gerência, tomada como instrumento para reorganização do processo de trabalho em saúde e consolidação do SUS, colocando como desafio a “adequação” dos trabalhadores de saúde aos princípios e diretrizes desse sistema. Com base no conceito de “ambiência”, tomam o espaço físico e tecnológico para compreender e reorganizar o hospital, considerando que esses elementos se conformam mediados pelo social e pelo afetual (FERRAZ; GOMES; MICHIMA, 2004).

Tendo-se em conta que a gerência em enfermagem precisa ser vista e exercida sob um novo olhar, Spagnol (2005) elabora uma reflexão acerca dessa prática, utilizando os conceitos de sujeito social e de coletivo, tomados como fundamentais no campo da saúde coletiva. Nesse movimento, compreende a equipe de enfermagem como um coletivo organizado de pessoas que têm como objetivo principal a prestação de assistência à população, realizando ações de forma ética, digna, segura e humanizada.

Rossi e Lima (2005) empreenderam uma reflexão sobre os elementos que estruturam o processo de trabalho e o agir do enfermeiro, focalizando as tecnologias em saúde e o gerenciamento do cuidado como construtos que fundamentam a reflexão, tendo em vista ampliar a visibilidade dos atos do enfermeiro. Concluem comentando que o grande compromisso e desafio de quem hoje gerencia o cuidado

é o de habilitar-se para utilizar as relações como tecnologia e valorizá-las, no sentido de edificar um cotidiano por intermédio da construção mútua entre os sujeitos.

O embasamento conferido pelos recortes teóricos que conformam o tripé de sustentação do presente estudo nos permite compreender que o movimento por mudanças na formação dos profissionais de saúde, de modo especial no campo da gestão em enfermagem, vem produzindo resultados, proclamando uma variedade de iniciativas, com estratégias que visam dar conta do novo enfoque incorporado à gestão no novo modelo de prestação de serviços de saúde. No entanto, o processo de formação profissional também envolve, como já exposto, a dimensão política, a técnico-científica e a pedagógica, ou seja, o processo de formação para enfermeiros compreende um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades de natureza específica da profissão, voltado ao campo assistencial-gerencial, bem como um conjunto de saberes que envolve o processo político-pedagógico que diz respeito ao propósito e ao modo de formar enfermeiros.

Tendo em conta o exposto, passaremos, após a exposição da metodologia utilizada, ao conteúdo colhido dos depoimentos dos enfermeiros em entrevistas e grupos focais, buscando captar expressões que possam sinalizar movimentos de aproximação ou de distanciamento em relação aos pressupostos que orientam as práticas assistenciais e de ensino em direção à incorporação do modelo assistencial proposto pelo SUS.

1.4. OBJETIVOS

Diante das contextualizações apresentadas, delineiam-se para este estudo os seguintes objetivos:

- Analisar a dimensão gerencial da prática de enfermeiros que atuam em hospital e rede básica de saúde, a partir de suas próprias percepções acerca de seu trabalho cotidiano, apreendendo sua proximidade ou afastamento em relação às práticas de saúde e educação propostas pelo SUS.
- Apontar diretrizes e estratégias para o processo ensino–aprendizagem do exercício profissional do enfermeiro, especificamente o relacionado à prática da gestão.

2. DEFININDO O PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia adotada neste estudo foi delineada de modo a permitir apreender a percepção dos enfermeiros sobre a dimensão gerencial de sua prática cotidiana em hospital e na rede básica de saúde no contexto do SUS.

Considerando, por um lado, a complexidade envolvida na organização e a compreensão de tais práticas no contexto hospitalar e da Secretaria Municipal de Saúde no município de Campo Grande e, por outro, tendo em vista que o processo gerencial aí engendrado compreende dimensões diferenciadas, incluindo discursos, atitudes, valores, poderes e saberes, fomos gradualmente compreendendo que o caminho metodológico a adotar seria de conformação qualitativa.

A pesquisa qualitativa busca captar não somente a aparência do fenômeno investigado, mas também sua essência. Isso é alcançado adentrando-se o mundo dos significados das ações, buscando-se compreender motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais configuram um espaço mais profundo das relações envolvidas nos processos e fenômenos (MINAYO, 1994).

2.1. O CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Campo Grande situa-se na região central de Mato Grosso do Sul, estado do qual é capital. Segundo o censo demográfico de 2005, o município tem 765 247 habitantes, 98,84% dos quais residem na área urbana. A taxa de crescimento anual da população é de 2,51%.

Campo Grande concentra suas atividades primárias principalmente na pecuária. Em municípios sul-mato-grossenses o setor secundário dá mostras de

franco desenvolvimento com a instalação de novas indústrias, graças ao sistema de incentivo fiscal atualmente adotado. O grande projeto nacional do gasoduto Brasil–Bolívia, solução para o antigo problema de insuficiência energética no estado, embora concluído não deixa ainda sinais de participação na economia local. É no setor terciário, de comércio e prestação de serviços, que o município tem sua principal fonte de arrecadação.

O estado de Mato Grosso do Sul foi criado em 11 de outubro de 1977, mas a elevação de Campo Grande à condição de capital se deu em 1979. Em 1994, a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) tornou-se gestora do SUS, na modalidade de Gestão Parcial definida pela Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, de 1993. Segundo Barbieri (2003), além da gestão definida em convênio, também ficou assegurado apoio ao município para a implantação do SUS mediante repasse de recursos materiais, técnicos, humanos e financeiros, de modo a viabilizar a Gestão Parcial. Foram definidas responsabilidades para as três esferas. Ao município coube a manutenção de todos os serviços previstos para a gestão, acrescidos de algumas responsabilidades acerca da autorização para cadastramento de prestadores (BARBIERI, 2003).

Todas as propostas legais e normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o SUS levaram a SESAU a reordenar sua estrutura de funcionamento. Podemos dizer que a partir daí a SESAU tornou-se gestora da rede assistencial municipal e, para cumprir as exigências estabelecidas no convênio anteriormente referido, reorganizou sua estrutura básica. Assim, coube a esse órgão a identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes de doenças; a formulação e execução de políticas de saúde para redução de agravos, com base

em indicadores socioeconômicos e culturais da população; a promoção da assistência integral por meio de ações de prevenção de doenças e da promoção e recuperação da saúde; e a fiscalização e controle de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde e o meio ambiente (BARBIERI, 2003).

A SESAU também definiu como suas competências a elaboração da política de saúde para Campo Grande; a universalização do acesso à assistência, em todos os níveis, no âmbito do município; a integralidade das ações de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo; a divulgação de informações; o uso da epidemiologia como instrumento para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática; a promoção da descentralização político-administrativa dos serviços; a integralização das ações de saúde com o meio ambiente e o saneamento básico; a promoção da educação em saúde e a priorização das ações preventivas; a promoção e conjugação de recursos; e a gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde (MATO GROSSO DO SUL, 1995; BARBIERI, 1997).

Em 2001, foi publicado um novo Regimento Interno da SESAU que ampliou as finalidades desta ao acrescentar a coordenação do processo de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e do trabalhador e a preservação e recuperação da saúde da população com a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares públicos ou contratados. Tais medidas configuraram de modo efetivo sua condição de gestora do sistema de saúde municipal (CAMPO GRANDE, 2002).

O sistema de saúde do município é, então, responsabilidade da SESAU, que passou em 2002 a exercer a Gestão Plena desse sistema, abrangendo uma rede de serviços com 27 Unidades Básicas de Saúde urbanas, quatro Unidades Básicas de Saúde rurais, 18 Unidades Básicas de Saúde da Família, nove Centros Regionais –

24 Horas, 10 Centros de Referência e nove Policlínicas Odontológicas, distribuídos em quatro Distritos Sanitários¹⁰.

Por Gestão Plena entende-se o exercício pleno por parte do município da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes, o que implica a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda com integralidade à demanda dos indivíduos pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais, não excluindo o papel das famílias, da comunidade e dos próprios indivíduos com a promoção, proteção e recuperação da saúde, como estabelece a NOB-SUS de 1996.

Com o propósito de cumprir o recomendado pela Lei Orgânica de Saúde e o atendimento com qualidade e resolutividade às necessidades da população, o município de Campo Grande complementa sua rede própria com o setor privado ou associando-se com outras instituições do setor público. Assim, mantém convênio com 13 prestadores de serviços públicos e prestadores filantrópicos privados, bem como 33 contratos com outros prestadores privados, sendo que estes últimos resultam de procedimentos licitatórios formais baseados na Lei 8 666/93.

Esses contratos regem a prestação de serviços em medicina nuclear, eletrofisiologia cardíaca, radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, hemodinâmica, hemoterapia e radiologia (raio X contrastado, ressonância magnética e tomografia computadorizada).

São conveniadas todas as internações hospitalares, uma vez que o município possui apenas 12 leitos próprios em maternidade e 16 leitos em hospital-dia do Centro Especializado de Doenças Infecto-parasitárias (CEDIP), que funciona

¹⁰ As informações atuais da SESAU foram retiradas do Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Campo Grande-MS. Maio de 2005.

junto ao Hospital Universitário, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Isso permite ao município contar com as instituições hospitalares públicas: Hospital Regional, Hospital da Mulher e Hospital Universitário. Há também convênio com hospitais filantrópicos: Santa Casa, Maternidade Cândido Mariano, Hospital Nosso Lar (psiquiátrico), Hospital do Câncer e Hospital São Julião. O número de internações tem alcançado a cobertura de 8,2 habitantes em cada 100 000, índice que atende aos parâmetros ministeriais. São também conveniados os atendimentos em reabilitação prestados pela Associação Campo-grandense Beneficente de Reabilitação (ACBR), pela Associação Pestalozzi e pela Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), incluindo os disponíveis no laboratório especializado desta última.

Vem-se observando uma crescente demanda por internações oriundas de outros municípios. Embora a SESAU venha absorvendo essas internações, os recursos que lhe são destinados pelo SUS e repassados aos hospitais conveniados não estão sendo suficientes para cobrir as despesas, pelo fato de ser a Santa Casa hospital de referência regional, tornando o teto financeiro do município também insuficiente para a cobertura das despesas excedentes e prejudicando a qualidade do atendimento prestado à população campo-grandense.

Para seu funcionamento, a SESAU divide o município em quatro Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste. Cada distrito, por sua vez, administra um conjunto de Unidades Básicas (urbanas e rurais), Centros Regionais de Saúde que atendem 24 horas por dia e Policlínicas Odontológicas. Há centros de referência em dois distritos: O Centro de Atendimento à Mulher, no Distrito Sul, e o Hospital da

Mulher, no Leste. As unidades cujos atendimentos extrapolam os limites distritais são referências para o município como um todo.

Nas Unidades Básicas de Saúde, são agendadas as consultas em clínica médica, pediatria e ginecológica. Além das consultas médicas, são realizados tratamentos odontológicos, imunizações, curativos, inalações, dispensação de medicamentos e atividades dos programas.

Nos Centros Regionais de Saúde, com atendimento nas 24 horas, o paciente recebe os cuidados necessários em regime de urgência, que incluem, quando necessário, suturas, curativos, inalações, reidratação venosa e outros. Tais unidades são dotadas de ambulância.

Tendo em vista o aperfeiçoamento da sistemática de atendimento à população e considerando a necessidade de reorganização dos serviços no que se refere à adesão do usuário aos programas, à observação das especificidades inerentes a cada fase da vida e à integração do nível central às unidades de saúde, adotou-se na rede de serviços de saúde o modelo de atuação denominado 'Atenção por ciclo de vida'. Essa proposta assistencial está orientada à pessoa e não à patologia, abrangendo todas as fases da vida de forma interacional. Nesse enfoque, os profissionais que atuam diretamente com a população devem observar o indivíduo de acordo com as características e necessidades inerentes a sua fase de vida, em vez de vê-lo apenas como portador de patologia.

Assim, o atendimento à criança deve ser planejado sob enfoque de risco, considerando que nessa fase há grande vulnerabilidade aos agravos, principalmente nos dois primeiros anos de vida.

A atenção ao adolescente, por sua vez, deve ser prevista e promovida pela equipe de saúde de modo a se oferecer um acolhimento adequado a essa faixa etária, considerando principalmente sua vulnerabilidade às situações de violência, à gravidez indesejada e às doenças sexualmente transmissíveis.

A atenção à saúde do adulto envolve, muitas vezes, sua inserção em grupos específicos, tais como os de hipertensos, de diabéticos, de planejamento familiar, de tuberculose, de hanseníase, de climatério, de gestantes ou de prevenção aos cânceres de próstata, útero, mama, mas o profissional não deve perder de vista o acolhimento desse usuário sob uma perspectiva integral e individualizada, reconhecendo os fatores de risco e a vulnerabilidade.

O planejamento das ações relativas à saúde do idoso se baseia em três formas distintas de atuação no âmbito da atenção básica, todas com o mesmo nível de importância: a prevenção, principalmente através da administração de vacinas (influenza, pneumococo, antitetânica etc.), a detecção precoce de enfermidades e a manutenção da capacidade funcional.

Como já exposto, a SESAU efetua convênios com entidades filantrópicas do município para dispor de um número de leitos que atenda à demanda de leitos hospitalares, sendo uma dessas instituições a Associação Beneficente de Campo Grande (Santa Casa)¹¹, Fundada em 1919 e instalada desde 1928 no local onde hoje se encontra seu complexo hospitalar, que é o de maior porte no estado, a entidade filantrópica desenvolve prioritariamente atividades assistenciais e de ensino. É vinculada ao SUS como hospital terciário, dali provindo cerca de 90% de suas verbas. As instalações atuais, de sete andares e 32 100 m² de área construída,

¹¹ As informações atuais sobre a Santa Casa foram obtidas no *site* da instituição, com acesso em março de 2008.

foram inauguradas em 1980 e situam-se na região central da cidade. O hospital dispõe de tecnologia de ponta, com recursos sofisticados para diagnóstico e tratamento, proporcionando atendimento ambulatorial e de emergência e internação programada.

A Santa Casa tem capacidade instalada para aproximadamente 800 leitos, porém hoje se encontram em funcionamento apenas 542 destes. Embora concentre sua atuação em Campo Grande, atende também clientes da Região Norte do país e dos países vizinhos limítrofes ao estado (Paraguai e Bolívia), devido à tecnologia de ponta disponível para diversas especialidades. Conta com 2 200 funcionários, 1 079 dos quais de enfermagem, distribuídos nas diversas especialidades médicas. As relações trabalhistas se estabelecem com os funcionários via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Seu programa de residência médica, reconhecido pelas instâncias oficiais, contempla várias especialidades e constitui campo de treinamento e de estágios para estudantes dos cursos de graduação na área da saúde das instituições de ensino públicas e privadas de Campo Grande, além de ser campo de estágios para alunos de cursos de auxiliar de enfermagem do município.

Sua estrutura organizacional é constituída pela Mesa Diretora, composta de representantes da sociedade civil, onde são traçadas em linhas gerais as diretrizes político-administrativas da organização. A Diretoria se compõe de 11 membros. Seu Presidente é responsável pela implementação das diretrizes e tem como assessores o Diretor Clínico e o Diretor Administrativo, aos quais se vinculam todos os chefes de serviços responsáveis pelo funcionamento da instituição, observando-se a seguinte

organização: os chefes médicos subordinam-se à Diretoria Clínica; os dos outros serviços, incluindo o de Enfermagem, vinculam-se à Diretoria Administrativa.

Tendo em vista o proposto para este estudo, optamos por desenvolvê-lo em Campo Grande por ser a capital sul-mato-grossense e ser um município cujo sistema de saúde é administrado sob Gestão Plena. Desta forma, Campo Grande reuniu duas condições favoráveis às observações pretendidas, por duas razões. A primeira foi que no interior do país a capital estadual é habitualmente a porta de entrada do desenvolvimento, em termos de acesso ao conhecimento e às inovações disso decorrentes. A segunda foi que a Gestão Plena pressupõe o cumprimento de alguns requisitos, incluindo a preparação e atualização dos profissionais para a implantação e cumprimento das políticas relacionadas ao SUS. Além disso, a autora atua na UFMS como docente na formação de enfermeiros que atuam no município, e um estudo desta natureza é de grande valia para permitir que sua atuação se enriqueça com uma melhor compreensão da realidade com que se deparam os profissionais que ajuda a formar.

O Distrito Sul foi destinado pelo município para o desenvolvimento das atividades de estágio de várias instituições de ensino superior da área da saúde, entre elas a UFMS, em convênio formalmente assegurado entre as duas entidades para os próximos 10 anos. A Santa Casa foi escolhida por ser o campo hospitalar que absorve o maior número de alunos em estágio da disciplina 'Administração aplicada à Enfermagem', em que a autora é uma das responsáveis pelo ensino teórico e a responsável pelo campo de estágio.

A crença de que os enfermeiros, em seu cotidiano de trabalho, podem ser sujeitos importantes na reconstrução da prática assistencial ou gerencial em saúde subsidiou a escolha do foco deste estudo.

2.2. Os SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram do estudo enfermeiros que atuam na rede de serviços de saúde desempenhando atividades que incorporam a dimensão gerencial em seus afazeres cotidianos na área hospitalar e rede de serviços públicos municipais localizados no Distrito Sul de Campo Grande. Os enfermeiros desempenham atribuições compartilhadas com a equipe e têm ainda outras atividades e responsabilidades em relação ao pessoal de nível médio, sendo que aos enfermeiros da rede básica vinculam-se também os agentes comunitários de saúde.

Inicialmente, cogitamos que o convite para que os enfermeiros participassem do estudo seria feito em reunião de serviço realizada nas instituições envolvidas. No entanto, logo percebemos não ser essa uma prática sistemática com o grande grupo dos profissionais atuantes no hospital escolhido. Optamos então por acompanhar a Chefe do Serviço de Enfermagem a algumas reuniões programadas com grupos de enfermeiros nos diferentes setores, o que se viabilizou apenas com o grupo de enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva (CTI). Nesse encontro, informamo-los sobre o estudo e os objetivos deste e fizemos os esclarecimentos solicitados, convidando-os a participar. Os que aceitaram o convite preencheram uma lista em que indicaram nome, horário de trabalho e telefone para contato. Como nosso objeto de estudo não pressupunha investigar enfermeiros de um setor específico, mas abranger, na medida do possível, uma representação mais ampla de todo o hospital,

configurou-se um impasse frente à não-previsão de se realizarem encontros com outros grupos. Optamos, assim, por uma abordagem individual. Para tanto, visitamos todos os setores do hospital em horários distintos (manhã, tarde e noite) convidando os enfermeiros a participar do estudo. Nessa abordagem, a exemplo do que fizemos no grupo do CTI, informamos sobre o estudo e seus objetivos e esclarecemos dúvidas, obtendo assim a adesão de um total de 10 enfermeiros nesse hospital.

Quanto à participação dos enfermeiros ligados à Secretaria Municipal de Saúde, já sabíamos que o contato inicial teria de ser feito individualmente com cada profissional. Tal como no hospital, aqui também não se mostrou viável entrevistar todos os enfermeiros de uma mesma unidade, o que obrigaria à ausência de todos estes de seus postos para realização de atividades de grupo focal, uma das técnicas eleitas para a consecução da etapa seguinte do estudo. Dessa forma, procedemos a um levantamento minucioso do Distrito Sul com identificação das unidades de saúde, seu porte, tipo de atividades que desenvolvem e proximidade entre elas, bem como o número de enfermeiros lotados nessas unidades.

A rede do Distrito Sul se compõe de três tipos de unidades: a) Unidades Básicas de Saúde (UBS), que oferecem as três especialidades (ginecologia, pediatria e clínica geral), atendimento odontológico geral, procedimentos de enfermagem, imunização, atividades dos programas de apoio às equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); b) Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que trabalham segundo a estratégia de saúde familiar; c) Centros Regionais de Saúde, que abrigam serviços de referência regional (distrital), tais como radiografia, mamografia e ultra-sonografia, além de atendimento 24 horas

por dia para urgências e emergências de baixa complexidade¹². Para a pesquisa, selecionamos as UBS e as UBSF por entendermos que as atividades desenvolvidas nesses locais apresentam maior afinidade com o proposto pela atual política de saúde para o campo da atenção básica e assim poderiam melhor contribuir para apreendermos nosso objeto de investigação. Foram então excluídos os Centros Regionais, assim como duas UBS que, por estarem sendo reformadas, haviam recebido adaptações que alteravam completamente seu funcionamento, o que levou a direção do Distrito Sul a não recomendar a inclusão destas no estudo. Prevendo a realização da etapa seguinte do estudo, elegemos a única unidade do distrito dotada de auditório, espaço que seria necessário para as atividades com grupo focal.

Feitas essas seleções, dirigimo-nos aos enfermeiros dessas unidades, informamo-los sobre o estudo e seus objetivos, esclarecemos dúvidas e, obtendo seu aceite, agendamos as entrevistas. Conseguimos assim a adesão de 10 enfermeiros.

2.2.1. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para atender aos requisitos éticos, levamos em consideração a Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), e os aspectos éticos para a pesquisa em enfermagem expressos por Polit e Hungler (1985). O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP-RP) (Anexo 1) e da UFMS (Anexo 2). Foram também expedidos pedidos de autorização para realização do estudo (Apêndice 1) às direções dos serviços.

¹² CAMPO GRANDE (Prefeitura Municipal). Plano Municipal de Saúde 2006–2009.

Iniciamos nosso trabalho de campo estabelecendo contato com as chefias dos serviços, explicando os propósitos da pesquisa e solicitando autorização formal (Apêndice 1). Após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética, retornamos às chefias dos serviços para notificá-las sobre a aprovação e a realização dos encontros com os enfermeiros. No primeiro encontro com os participantes do estudo, explicamos detalhadamente os objetivos do estudo, descrevemos as etapas de trabalho previstas para a realização da coleta de dados e falamos também sobre a adesão voluntária e do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). O critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa foi a adesão voluntária, respeitando o princípio de autonomia dos envolvidos.

2.3. AS TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Tendo obtido primeiramente a autorização da Santa Casa, optamos por iniciar de imediato o trabalho nessa instituição, enquanto acompanhávamos o trâmite da autorização pela Secretaria Municipal de Saúde. Isso favoreceu a organização do trabalho, tendo-se em vista a necessidade de desenvolvê-lo em seqüência, principalmente porque na fase de realização dos grupos o trabalho envolveria as mesmas pessoas na atividade de coordenação.

2.3.1. A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Iniciamos a coleta do material empírico no hospital por meio de entrevistas e posteriormente a complementamos com a realização de sessões de grupo focal. A mesma seqüência de trabalho e o mesmo detalhamento nas observações para a

coleta de material empírico foram seguidos em ambas as áreas contempladas pelo estudo, de modo a garantir uniformidade no processo de pesquisa.

Agendamos, no primeiro momento, os encontros para as entrevistas individuais. Tivemos preocupação com o ambiente em que estas seriam realizadas, tendo em vista propiciar privacidade para favorecer ao entrevistado a expressão de seus pontos de vista, de modo a deixar emergir aspectos objetivos e subjetivos da vida cotidiana de trabalho. Em ambos os campos, as entrevistas foram realizadas em ambientes privativos da enfermagem, salas de reunião de enfermagem ou mesmo salas reservadas para o trabalho do enfermeiro. Mesmo nos preocupando com esses aspectos, foi mais difícil dispor de ambiente propício no caso dos enfermeiros da rede básica, fato que atribuímos às características físicas das unidades, geralmente com salas muito pequenas, próximas uma das outras e com acentuada disputa por espaço. O interesse na adequação do ambiente se apóia nas observações de Minayo (1994), que considera que nas entrevistas o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Assim, a entrevista extrapola o nível de simples conversa despretensiosa e neutra, pois tem o propósito de coletar informações de pessoas, efetivos sujeitos da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

A entrevista semi-estruturada é uma conversa que se guia por um roteiro de orientação, o qual deve também ser um instrumento facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação —, enfim, uma ferramenta para orientar uma “conversa com finalidade”, segundo Minayo (1998, p. 99). Quanto à entrevista, essa autora comenta ser a técnica mais usada no processo de trabalho de campo em pesquisa qualitativa, devendo seu roteiro (Apêndice 4) conter poucas

questões, facilitando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa.

A entrevista, segundo Lüdke e André (1986), promove uma relação de interação e reciprocidade entre quem pergunta e quem responde, caracterizando-se como um processo de interação social.

Neste aspecto, a entrevista torna-se fecunda, permitindo não só captar informações no nível subjetivo sobre determinada realidade que se pretende conhecer, mas também possibilitando maior aproximação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, em ambiente propício ao diálogo e à apreensão dos processos latentes na subjetividade.

Tendo em vista essas características e, sobremaneira, nossas preocupações com as possibilidades do encontro, em ambos os campos exercemos rigor na observação de todos os aspectos que pudessem favorecê-lo e de fato possibilitassem o encontro de subjetividades que viabilizassem a abordagem de temas da prática profissional dos entrevistados.

As entrevistas foram agendadas em contato pessoal. No encontro para a entrevista, procedemos inicialmente a expor mais uma vez a finalidade do estudo, lendo em seguida o termo de consentimento livre e esclarecido e repassando ao entrevistado uma via desse documento por nós assinada. Uma vez assinado pelo entrevistado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2), passou-se a preencher o formulário intitulado ‘Caracterização dos sujeitos da pesquisa’ (Apêndice 3), cujos dados foram objeto de interpretação e encontram-se registrados (Apêndice 7).

As explicações fornecidas nesse momento aos participantes se referiram também à realização do grupo focal, bem como ao fato de que a assinatura do termo indicava aceitação explícita da participação. Nessa oportunidade também coletamos sugestões dos participantes quanto à data e ao local para a realização do grupo focal.

A entrevista orientou-se por um roteiro que continha questões gerais sobre o objeto de investigação (Apêndice 4) e visou a expressão de respostas que retratassem as concepções que os enfermeiros têm acerca de seu trabalho no cotidiano da gestão dos serviços de enfermagem nas instituições envolvidas no estudo.

Durante a fase de realização das entrevistas, fomos gradualmente analisando os conteúdos produzidos, tendo em vista o momento em que se alcançasse saturação dos dados. Esse fenômeno foi observado aproximadamente na oitava entrevista realizada com os participantes do hospital, mas em torno da sexta entrevista com os enfermeiros da rede básica. Em ambos os casos, houve necessidade de prosseguir as entrevistas a fim de abranger um maior número de participantes para assegurar a realização do grupo focal, considerando que poderia haver desistências entre os entrevistados.

As entrevistas realizadas com os enfermeiros do hospital ocorreram sempre na unidade ou nas proximidades desta, em abril e maio de 2007. Foram entrevistados todos os 10 enfermeiros que haviam aceitado participar do estudo. A duração das entrevistas variou de 50 a 110 minutos. Entre os participantes, registrou-se atuação nos setores de ambulatório, pronto-socorro, CTI, unidade coronariana, unidade de clínica cirúrgica, clínica obstétrica e pediatria.

Quanto aos enfermeiros da rede básica, foram feitas 10 entrevistas com duração de 40 a 60 minutos, em junho e julho de 2007. Os locais de realização foram as UBS e UBSF do Distrito Sul.

A espontaneidade com que os entrevistados se expressaram foi por nós percebida como uma forma prazerosa de falarem de seus afazeres ou, em alguns casos, como carência de escuta no ambiente hospitalar, onde ocorreram as entrevistas mais longas. No entanto, as entrevistas com os enfermeiros da rede básica em geral foram mais rápidas. Encontramos duas formas para explicar o ocorrido. A primeira se prende ao ambiente, geralmente com recintos pequenos que não permitem privacidade em relação a usuários que mantêm vigilância sobre as atividades do profissional, sendo o trânsito de pessoas e o ruído mais perceptíveis que no ambiente hospitalar. A segunda explicação se refere ao acúmulo de atividades dos enfermeiros, que, mesmo programando-se para as entrevistas, não contaram com a possibilidade de melhor organizar suas agendas de atendimento. No entanto, essas diferenças não resultaram em dificuldade na gravação das falas, para posterior transcrição e análise.

A maioria dos participantes (70%) era egressa do curso de graduação em Enfermagem da UFMS, do qual a pesquisadora é docente. Esse fato, porém, não constituiu empecilho. A atitude adotada pela entrevistadora ao se apresentar aos participantes foi a de que naquele momento quem conversava com eles era a pesquisadora, interessada em investigar peculiaridades relacionadas às atividades de ensino da disciplina 'Administração aplicada à Enfermagem' que pudessem estar interferindo na atuação profissional, favorecendo ou prejudicando seu desempenho no âmbito do trabalho. Foi-lhes realçado que tanto as entrevistas individuais como

os grupos focais constituíam oportunidade para que contribuíssem para a melhoria do que se ensina na escola. Em nenhum momento se percebeu qualquer constrangimento.

2.3.2. O GRUPO FOCAL

Na segunda etapa, aplicamos a técnica de grupo focal para aprofundar a coleta do material empírico. Ao escolhermos essa técnica, não a consideramos como uma mera entrevista em grupo, mas sim como uma ferramenta capaz de criar condições para que uma reunião com um grupo de enfermeiros consistisse em uma conversa orientada, cujo ponto forte fosse a profundidade da discussão, permitindo a cada participante, de forma espontânea, explicitar posicionamentos favoráveis ou contrários às questões focalizadas. Posicionar-se, explicar, discutir pontos de vista, analisar, inferir, formular críticas e apontar perspectivas frente à problemática para a qual se foi convidado a conversar coletivamente são exemplos das atitudes que podem ser observadas nesse tipo de atividade. De fato, as atitudes observadas no transcorrer dos encontros retrataram o previsto por Gatti (2005, p. 9), ao descrever que nessa técnica “a ênfase recai sobre a interação dentro do grupo e não em perguntas e respostas entre o moderador e membros do grupo”. Assim procedendo, se pressupõe a possibilidade de alcançar a subjetividade dos participantes, bem como a manifestação de suas vivências e experiências no campo de estudo, por meio do relato verbal e discussões em grupo.

Essa técnica apresenta convergência com o objeto a ser estudado, pois, conforme Minayo (1999, p. 23):

[...] a técnica busca incorporar o processo de influência mútua das opiniões e atitudes entre os membros do grupo, superando nesse aspecto a entrevista individual. Ao utilizar essa técnica será possível trazer à tona tanto aspectos cognitivos (opiniões, influências e idéias) quanto os interacionais (conflitos, lideranças e alianças) e as vivências singulares dos indivíduos e do grupo de referência.

A técnica de grupo focal permite, assim, explorar aspectos subjetivos e, por isso mesmo, apresenta aderência ao objeto em estudo, permitindo acompanhar o constante movimento de renovação que se manifesta nos sujeitos, em termos de sua cultura, crenças, valores, ideologia, desejos, temores, interesses, aspirações, modo de realizar sua prática e comportamentos frente a determinadas situações.

Se, por meio das compreensões dos enfermeiros acerca de seu trabalho no cotidiano da gerência, estamos procurando enxergar possíveis movimentos de mudança nas práticas profissionais nos serviços de saúde e nos processos de formação, tendo em vista o contexto do SUS, então as expressões de consenso e de divergência são igualmente importantes. Isto equivale a dizer que procuramos conexões entre as diferentes experiências e compreensões que pudessem nos ajudar a compreender o real, interpretá-lo e daí extrair expressões que indicassem a incorporação do novo. Para isso, o processo de divisão e comparação entre os participantes é um dos mais valiosos aspectos, só utilizado nos grupos focais (MORGAN, 1997).

Cabe aqui explicar que embora tenhamos aplicado primeiramente a entrevista como método de coleta, a importância atribuída aos conteúdos originados das duas fontes (entrevista e grupo focal) foi a mesma. No entanto, em alguns momentos da análise, o produto da reflexão realizada no grupo focal fortaleceu nossa compreensão de determinados tópicos evocados na entrevista, oferecendo mais qualidade à análise.

Outro aspecto que nos levou à escolha dessa técnica foi o de possibilitar, em curto intervalo de tempo, reunir um conjunto de pessoas que pode gerar, pela interação grupal, um volume de material com profundidade de conteúdo. Tal aspecto desejável verificou-se na prática.

Trabalhar com a técnica de grupo focal pressupõe o preparo dos envolvidos no processo de coleta do material empírico. Para cumprir esse requisito, contamos com a orientação e o acompanhamento constante da Professora Doutora Maria Lúcia Ivo, da UFMS, que atuou como observadora do trabalho em grupo e possui formação de coordenadora de grupo operativo com fundamentação na teoria de Pichon-Rivièri. A experiência no trabalho com essa teoria é considerada facilitadora da interação entre os integrantes do grupo (PEREIRA, 2001).

Chirelli (2002, p. 70) apoiando-se em alguns estudiosos da técnica de grupo focal, expõe que:

[...] o grupo focal é uma técnica que permite a coleta de dados qualitativos de um determinado grupo que tenha algum traço em comum, estabelecendo-se, entre outros aspectos, uma homogeneidade por tema, interesse ou fenômeno a ser discutido.

As discussões sobre o tema em consideração são empreendidas pelo grupo a partir de questões disparadoras.

A técnica prevê a seleção criteriosa dos participantes, uma vez que perfis muito diferentes podem prejudicar as discussões, inibindo-as ou criando constrangimentos (BARBOSA, 1998; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; RESSEL; GUALDA; GONZÁLES, 2002). Para o presente estudo, os participantes foram criteriosamente escolhidos tendo-se em vista os objetivos da pesquisa, de modo a comporem o grupo mais homogêneo possível. Por homogeneidade aqui se entende

que os participantes devam apresentar alguma característica comum que interesse ao estudo. Assim, privilegiamos a participação de enfermeiros com alguma vivência com o tema discutido, que trouxessem elementos ancorados em suas experiências cotidianas (GATTI, 2005).

Entrevistamos 20 enfermeiros dos serviços de saúde, sendo 10 da área hospitalar e 10 da rede básica. Para os grupos focais, as duas áreas de atuação foram separadas, para garantir que os integrantes de cada grupo tivessem ao menos dois traços comuns: área de graduação e campo de atuação. Pelo princípio da formação, todos os participantes eram enfermeiros e atuavam em cenários com a mesma especificidade. Mesmo considerando serem os participantes possuidores de conhecimentos, experiências e pontos de vistas resultantes de sua vivência no cotidiano dos serviços, características como idade, sexo, tempo decorrido desde a graduação e escola de formação podem se revelar enriquecedoras das discussões, pela oportunidade de revelação de diferenças.

Para a aplicação dessa técnica é importante que os encontros sejam rigorosamente planejados em termos de objetivos e metodologias, garantindo ampla participação dos sujeitos da pesquisa na definição dos critérios de funcionamento do grupo, desde horários e locais de reunião até detalhes como iluminação, ventilação e espaço para a realização das técnicas, de modo a assegurar conforto, facilidade de acesso e ambiente adequado (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000; RESSEL; GUALDA; GONZÁLES, 2002). Os aspectos que predominaram na escolha dos ambientes foram disponibilidade e facilidade de acesso.

Foi solicitada a limpeza prévia dos ambientes com soluções desodorizantes (aromas suaves). Atenderam-se às necessidades de ventilação (uso de ar

condicionado ou mera abertura de janelas) e de iluminação. Preocupamo-nos particularmente em garantir não só da privacidade dos envolvidos, mas também propiciar-lhes ambiente aconchegante, incluindo servir-lhes água mineral durante as reuniões e deixar-lhes à disposição algumas guloseimas sobre uma mesa posicionada na lateral da sala, tendo prevalecido seu consumo no final dos encontros. Ainda como recurso para adequar o ambiente, instalou-se som ambiente com músicas relaxantes. A cordialidade no acolhimento dos participantes desde sua chegada ao local foi uma preocupação constante dos coordenadores do trabalho.

No hospital, as reuniões foram realizadas no auditório central, que dispõe de uma mesa retangular grande, em uma extremidade da qual nos acomodamos de forma a permitir a participação de todos e a interação face a face, facilitando um bom contato ocular entre os participantes. Nessa organização, buscamos não atribuir aos assentos uma imagem de prestígio ou hierarquia, assim como não fazer com que a observadora e a pesquisadora se posicionassem lado a lado, evitando-se assim a idéia de poder centralizador. Em todos os encontros, os participantes se identificaram com o uso de crachás, como forma de facilitar a interação do grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; DEBUS, 1997; RESSEL; GUALDA; GONZÁLES, 2002).

A aplicação dessa técnica não dispensa o uso de recursos audiovisuais e outros que incentivem a participação espontânea nas discussões. Com todos os cuidados aqui explicitados visamos imprimir ao trabalho de pesquisa o mesmo desvelo que temos com nosso trabalho cotidiano, em que o cuidado com as pessoas é característica fundamental.

Estudiosos do funcionamento de grupos focais propõem uma metodologia que visa sistematizar as discussões durante a reunião. Assim foi preparado um roteiro para cada encontro, que contemplou as seguintes etapas: motivação, reflexão e debate sobre as temáticas propostas e síntese (DEBUS, 1994; KIND, 2004). Elaboramos os roteiros (Apêndices 5 e 6) para as reuniões com certa antecedência, revisando-os e imprimindo-os na véspera de cada encontro para que pudessem incorporar eventuais encaminhamentos e modificações oriundos da reunião anterior. Diríamos ser esse roteiro o principal instrumento para a organização do trabalho.

As reuniões foram realizadas tendo como referência os roteiros e transcorreram de forma tranqüila em ambos os campos. Registramos um caso de interrupção da reunião, observado no cenário da rede básica, quando um funcionário veio solicitar a presença de uma das enfermeiras participantes, fato que, porém, não causou transtornos. Papel, lápis e borracha estiveram disponíveis para que os participantes fizessem os registros que desejassem.

À coordenadora do trabalho no grupo coube o importante papel de manter-se atenta às discussões, intervindo sempre que houvesse necessidade de esclarecimento das idéias, à medida que eram colocadas. Para isso, fez-se uso de perguntas conduzidas pela tríade ‘o quê?’, ‘para quê?’ e ‘por quê?’, com o fim de solicitar aos participantes que esclarecessem suas falas e exemplificassem suas idéias, visando aprofundar a discussão (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999; DEBUS, 1997; RESSEL; GUALDA; GONZÁLES, 2002).

A atividade de coordenação exigiu grande atenção, tendo sido necessário em várias ocasiões reorientar as discussões, principalmente no grupo do hospital, de

modo a trazer os participantes de volta à temática focalizada ou para reordenar o fluxo de falas simultâneas.

Debus (1994) considera que o tamanho ideal para um grupo focal é de cerca de oito a dez participantes. No entanto, tende-se a adotar grupos menores, de cinco a sete integrantes, alteração decorrente de algumas limitações encontradas nos grupos maiores, entre as quais figuram as seguintes:

- O tempo alocado para cada participante se expressar é tanto mais reduzido quanto maior é o grupo.
- Tempos muito reduzidos causam frustração e descontentamento nos participantes que não podem se expressar o quanto desejam.
- Tal insatisfação pode levar esses participantes a fazer pronunciamentos mais longos quando finalmente lhes dão a oportunidade de expressar-se.
- Os participantes tendem a discutir mais entre si em grupos maiores.
- O moderador do grupo é obrigado a adotar postura mais diretiva em grupos com mais integrantes.

Ao contrário, “sessões com grupos menores parecem produzir respostas mais profundas por cada participante. Frequentemente o grupo é mais coerente e interativo” (DEBUS, 1994, p. 22).

Concluídas as entrevistas, procedemos à análise das informações com elas coletadas, tendo em vista, mesmo que de uma forma ainda provisória, eleger tópicos para serem discutidos nas sessões de grupo focal.

Em seguida, retornamos aos campos para organizar as reuniões com grupos focais. No hospital, ao localizarmos os enfermeiros que haviam sido

entrevistados, percebemos encontrarem-se trabalhando, predominantemente nos períodos matutino e vespertino. Uma vez que a maioria deles tinha ainda outro emprego ou outros compromissos que inviabilizariam sua participação caso optássemos por marcar os encontros fora do horário de trabalho, demos conta da dificuldade de realizar o encontro com todo o grupo. Solicitamos por isso à instituição que nos permitisse realizar as reuniões para grupos focais no horário de trabalho, o que foi concedido desde que trouxesse o menor transtorno possível à dinâmica de trabalho das unidades. O horário dos encontros foi então definido em conjunto com a chefia do serviço, que, além de sugerir os dias da semana mais convenientes, permitiu que os enfermeiros pudessem ser substituídos por colegas em seus postos durante sua ausência para participação nas sessões. Assim, um enfermeiro do período noturno se dispôs a cobrir o horário da manhã de um participante e outra enfermeira que trabalhava à tarde dispôs-se a fazer o mesmo nos dias de reunião. Isso viabilizou a realização de todas as sessões.

Desse modo, no hospital foram constituídos dois grupos de cinco integrantes, realizando-se dois encontros com cada um desses grupos, com espaçamento de uma semana. No entanto, na rede básica, também foi necessário proceder a adaptações para a realização dos encontros de grupo focal. Prevíamos, diferentemente do que ocorreu no hospital, que as reuniões teriam 10 enfermeiros, mesmo considerando as desvantagens de grupos assim grandes, já expostas. Tal medida foi adotada tendo em vista a dificuldade em termos de disponibilidade de tempo dos enfermeiros para a realização dos encontros, tão congestionada é a agenda dos profissionais nessa Secretaria. Assim, fomos convencidos a conduzir o trabalho para o grupo focal, com apenas um grupo. Com os enfermeiros da rede

básica, porém, as reuniões foram realizadas em um mesmo dia, sendo providenciado um espaço para o lanche entre os dois momentos.

Em ambos os campos, as reuniões tiveram duração máxima de duas horas, como recomenda a literatura (DEBUS, 1994).

Ao iniciar o encontro, expusemos ao grupo as finalidades do estudo, sua vinculação ao trabalho acadêmico e a dinâmica de trabalho. Em seguida, procedeu-se à apresentação dos participantes, já que alguns não se conheciam, embora trabalhassem na mesma instituição. Para a apresentação dos participantes no primeiro encontro, foi aplicada, em conformidade com o roteiro, uma dinâmica de quebra-gelo, em que solicitou que cada pessoa fizesse uma breve apresentação daquela que se encontrava a sua direita. Para diminuir a formalidade, solicitamos que focalizassem essa apresentação em aspectos não relacionados ao trabalho, tais como *hobbies*, família e lazer, facilitando assim a interação do grupo (MORGAN, 1997). Observamos que a atividade foi aceita pelo grupo e cumpriu realmente a função de estabelecer a dinâmica da comunicação grupal, em clima ameno e acolhedor, facilitando a introdução dos próximos tópicos. Constatou-se, no hospital, o entusiasmo do grupo pela oportunidade do encontro e foi possível perceber que alguns não se conheciam pessoalmente e manifestaram satisfação com essa possibilidade. Tal fato sugere que nessa instituição não se realizam reuniões com todo o grupo de enfermagem. O grupo de enfermeiros da rede básica também demonstrou aceitação à dinâmica adotada. No entanto, foi possível observar que seus integrantes se conheciam, possivelmente por haverem participado em data recente de reuniões promovidas pela SESAU.

Dando seqüência ao trabalho, apresentamos aos grupos a observadora e explicamos-lhes seu papel de acompanhar as atividades e fazer registros do desenvolvimento do trabalho grupal. Esclarecemos que as discussões seriam gravadas.

Prosseguindo, a coordenadora apresentou aos participantes as perguntas-eixo que orientariam as discussões do grupo. A primeira delas, enunciada no primeiro encontro, foi: “Como tem transcorrido o seu trabalho durante esse tempo? Quais foram as mudanças percebidas? Por quê?”. A segunda, enunciada no segundo encontro, foi: “Como você relaciona a sua formação (graduação) com a sua prática gerencial ao longo deste tempo?”.

No início das discussões, optamos por esperar pela iniciativa do grupo. Tal estratégia se mostrou eficiente porque observamos que em todos os grupos algum dos participantes espontaneamente tomava a palavra, fazia um breve comentário a respeito do que havia entendido da apresentação inicial e expunha o que pensava sobre o assunto. Observou-se ligeiro nervosismo no comportamento do grupo nesse momento, percebido pela observadora nas expressões não-verbais, incluindo a postura corporal. Ao final, a coordenadora fez uma síntese do que fora abordado no encontro, avaliando positivamente o resultado e abrindo a possibilidade de alguma complementação por parte dos participantes, incluindo a observadora, e encerrou o encontro anunciando a temática que orientaria os trabalhos na sessão seguinte.

Após cada encontro, como previsto no roteiro, a coordenadora e a observadora discutiram o andamento do trabalho, considerando o comportamento do grupo em termos dos dados coletados e a adequação da pergunta, identificando assim os pontos a serem melhorados nas sessões seguintes.

Ao todo, realizamos seis reuniões de grupo focal: quatro com os enfermeiros do hospital e duas com os da rede básica. Estas duas últimas foram realizadas em um único dia. Não houve outras sessões na rede básica porque isso interferiria sobremaneira na dinâmica de trabalho das unidades de saúde do município.

Com o encerramento das reuniões em grupo, procedeu-se a uma avaliação da participação dos profissionais de cada campo. Os enfermeiros do hospital se mostraram mais presentes. Em ambos os grupos, houve ausência de um dos participantes na segunda reunião e foram observados atrasos na chegada de alguns para o início da reunião, pela dificuldade de se desvincularem das atividades profissionais. Em linhas gerais, porém, as providências para as reuniões foram mais fáceis no hospital, incluindo a liberação dos enfermeiros em horário de trabalho sem a necessidade de formalização nas instâncias superiores à Chefia de Enfermagem.

Na rede básica, foi preciso proceder a formalizações junto ao Distrito Sul, o que causou um hiato entre as entrevistas e as reuniões de grupo focal, não nos permitindo manter controle sobre os períodos de férias dos participantes. Dois enfermeiros estavam em férias no período das reuniões de grupo, um estava em viagem por motivo pessoal e dois outros priorizaram suas atividades e por isso não compareceram à reunião, apesar dos contatos reforçando o convite à véspera do encontro. Sendo assim, as reuniões foram realizadas com cinco dos dez entrevistados. Mesmo assim, a receptividade pelos enfermeiros nos dois campos foi boa, embora as ausências observadas pudessem estar revelando comportamentos de resistência a um estudo que se propunha a analisar as compreensões dos enfermeiros acerca de seu trabalho.

Em sua maioria os participantes eram mulheres jovens, de menos de 40 anos (Apêndice 8), que por isso tiveram sua formação já influenciada pelas mudanças propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária na Saúde, bem como pelas reformas no campo do ensino. A maioria dos participantes (70%) se graduara na UFMS, em curso que formou sua primeira turma em 1994. A maioria dos participantes cursava especialização, que coerentemente se vinculava a sua área de atuação. Um enfermeiro, no entanto, realizara curso de especialização na área de saúde da família, mas atuava no campo hospitalar. Acreditamos que isso tenha se devido apenas à oportunidade de trabalho.

2.4. A ANÁLISE DOS DADOS

O propósito da análise dos dados é, segundo Polit e Hungler (1985), ordenar as informações coletadas, ou seja, organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa de modo que possam ser compreendidos e levar à formulação de considerações gerais.

Minayo (1999, p. 69) complementa esse enfoque comentando que essa fase do trabalho científico tem como finalidade “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte”. Frente a essas considerações, entendemos que precisávamos buscar novas ferramentas que nos auxiliassem a organizar os dados coletados. Após sucessivas aproximações às mais variadas técnicas de análise de dados, elegemos a análise temática como uma possibilidade.

Minayo (1998, p. 204) classifica a análise temática como uma modalidade da análise de conteúdo que busca “os significados manifestos e latentes no material qualitativo” coletado no discurso dos indivíduos pesquisados.

O primeiro momento formal e sistemático do processo de análise desta investigação foi a organização do material obtido nas entrevistas e, posteriormente, do material do grupo focal. A transcrição de todo o material gravado em cada entrevista constituiu o primeiro contato da pesquisadora com os dados. As falas foram transcritas removendo-se vícios de linguagem, atentando-se porém para não alterar seu significado.

Em seguida, procedeu-se à análise de conteúdo, modalidade temática, que segundo Minayo (1998, p. 209) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado”. Como nosso olhar para o objeto de estudo é propositadamente qualitativo, não nos ativemos à frequência com que os temas emergiram, mas exploramos os aspectos qualitativos que determinados temas expressavam, os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos.

Segundo Bardin (1979, p. 105), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Tal noção comporta um feixe de relações que pode ser graficamente representado como uma palavra, uma frase ou uma seqüência resumida. “O tema é a unidade de significado que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.”

Prosseguimos na busca de estratégias que nos permitissem organizar o material empírico coletado e, assim, retornamos a Minayo (1998), que explicita que, operacionalmente, a análise temática se compõe de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, por último, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação destes. A pré-análise consistiu de sucessivas leituras do material empírico, com cujo conteúdo nos deixamos impregnar e o qual confrontamos com os objetivos iniciais do estudo. Nesse momento, fomos lentamente visualizando formas de organização. Diante do entendimento assim adquirido, fomos gradualmente reformulando cada possibilidade que se apresentava, até alcançarmos sinais de uma interpretação, cumprindo dessa forma a etapa denominada leitura flutuante.

Dando prosseguimento às fases do processo de análise, foi possível constituir um *corpus* do material a ser analisado, que se compôs dos textos resultantes das entrevistas individuais e dos grupos focais. A leitura exaustiva desse material permitiu eleger alguns segmentos que expressavam afirmações sobre o assunto pesquisado, os quais, recortados, constituíram as unidades de registro, ou seja, unidades com significado. Esses segmentos de textos apresentavam tamanhos e composições variados, sendo constituídos ora por parte de uma frase, ora por um conjunto de frases.

Nesse momento, aplicamos o procedimento adotado por Tavares (2006) na categorização de seus dados, sistematizando nossas informações em um Quadro de Registro da Entrevista, com quatro colunas (Apêndice 8). Na primeira coluna foi inserido um código para a identificação do sujeito de cada entrevista e da fala selecionada. A segunda coluna destinou-se à transcrição do texto selecionado das falas. Na terceira identificaram-se as categorias temáticas contidas nas falas. Na

quarta foram discriminadas as subcategorias. Foi sobre as três últimas colunas que se processou a organização final dos dados, que permitiu subsidiar as discussões e a análise.

Os registros das falas foram dispostos na ordem em que apareceram na entrevista, de modo a evidenciar o sentido do discurso, ocupando cada um deles uma linha do Quadro de Registro da Entrevista (Apêndice 8). Para preservar o anonimato dos participantes do estudo, os registros foram identificados pelo código 'E' seguido do número da respectiva entrevista, de 1 a 20 (por exemplo, E-1, E-2 etc.) e recebendo um número indicativo da localização do discurso.

Após a categorização de todas as entrevistas e o aprofundamento da análise, evidenciaram-se os registros que expressavam sentidos que convergiam aos objetivos do estudo. Refizemos esse caminho repetidas vezes até elucidarmos com clareza os núcleos de sentido que emergiam das falas, o que permitiu agrupá-las nas seguintes grandes categorias temáticas: 'A organização das práticas gerenciais do enfermeiro no cenário empírico do hospital', 'A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde', 'A formação para a gerência sob a percepção do enfermeiro do hospital' e 'A formação para a gerência na percepção do enfermeiro da rede básica de saúde'. No entanto, para possibilitar a análise, as categorias temáticas exigiram desdobramentos, configurando subcategorias.

Assim, na primeira categoria temática, 'A organização das práticas gerenciais do enfermeiro no cenário empírico do hospital', incluem-se as seguintes subcategorias:

- ‘A relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na instituição hospitalar’.
- ‘Práticas educativas no trabalho’.
- ‘Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho’.
- ‘Modos de proceder do enfermeiro na gerência’.
- ‘O enfermeiro coordenando a “equipe” de enfermagem’.
- ‘O enfermeiro inserido na equipe multiprofissional’.
- ‘A interface entre gerência e cuidado no hospital’.

Na categoria temática ‘A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde’ observaram-se as seguintes subcategorias:

- ‘A relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na atenção básica’.
- ‘A equipe de saúde e sua relação com o usuário ou a comunidade’.
- ‘O trabalho multidisciplinar’.
- ‘Práticas educativas no trabalho’.
- ‘Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho’.

A categoria temática ‘A formação para a gerência sob a percepção do enfermeiro do hospital’ abrangeu as seguintes subcategorias:

- ‘O enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo de ensino–aprendizagem na graduação’.
- ‘O enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação’.

Por sua vez, na categoria temática ‘A formação para a gerência na percepção do enfermeiro da rede básica de saúde’ observaram-se, como na anterior, as seguintes subcategorias:

- O enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo de ensino–aprendizagem na graduação’.
- O enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação’.

Convém apontar que a quantidade de dados gerados pelas entrevistas foi imensa. O Apêndice 9 apresenta uma súmula de todas as categorias e subcategorias. Procederemos à discussão dos dados iniciando predominantemente pelas categorias identificadas nas entrevistas, agregando *a posteriori* os dados oriundos dos grupos focais. Isso permitirá acompanhar o movimento observado no procedimento de coleta e análise dos dados. Acreditamos que essa seqüência de exposição valoriza o uso das diferentes estratégias adotadas para a coleta de dados.

Os temas que emergiram dos discursos constituíram a base para uma exploração mais profunda da realidade ao aplicarmos a técnica de grupo focal, que permitiu enveredar pela busca de significados nas falas dos sujeitos ao discutirem a dimensão gerencial da prática de enfermeiros a partir das suas próprias percepções do trabalho cotidiano. Emergiram nessas discussões tanto consensos como divergências, evidenciando os conflitos e as dificuldades encontrados no exercício profissional, aspectos esses que, se analisados em separado, pautados apenas nos conteúdos das entrevistas, não chegariam a aflorar. Podemos então dizer que a complementaridade entre essas duas técnicas de coleta de dados se mostrou nitidamente profícua para nosso objeto de investigação.

3. DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, os achados da pesquisa são apresentados e discutidos em três partes. As duas primeiras registram os conteúdos que sinalizam a incorporação de atitudes, conhecimentos e ações que indicam formas de agir compatíveis com o movimento de reformulação das práticas de saúde a partir de conteúdos extraídos da percepção que os enfermeiros têm de seu trabalho na gerência, no hospital e nas unidades básicas de saúde no contexto do SUS. Na terceira parte registra-se a forma como esses profissionais percebem a incorporação da mudança às práticas de ensino de enfermagem, bem como a indicação de diretrizes e estratégias para que essa mudança se efetue.

PARTE I

3.1. A ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CENÁRIO EMPÍRICO DO HOSPITAL

Apresentaremos a seguir como tem se dado o trabalho do enfermeiro no cotidiano da gestão na rede dos serviços de saúde do município de Campo Grande, segundo a percepção desses profissionais expressa nas entrevistas e nos grupos focais.

O primeiro aspecto que destacaremos nos discursos coletados diz respeito à percepção dos enfermeiros sobre a relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na instituição hospitalar. É o que expressam as seguintes falas extraídas das entrevistas:

“Eu não consigo perceber essa relação entre política pública e a prática aqui dentro.” E-8 (49)

“[...] a política de saúde tem melhorado muito, tem dado muito mais importância mais valor para as pessoas. As pessoas carentes têm mais oportunidades; antes não tinha tanto acesso tanta facilidade. O atendimento hoje é o mesmo para o SUS e para o particular; melhorou muito essa preocupação em se voltar para as necessidades.” E-3 (29, 30)

“[...] aqui é o lugar onde a gente mais vê como funciona o SUS [...], que se fala que o SUS é um convênio maravilhoso. O [paciente do] SUS fica mais bem atendido porque o particular, até [para] conseguir autorização para um exame, porque o convênio não pensa no paciente; só pensa que não pode perder dinheiro. Como no SUS não tem isso, o paciente faz o exame rapidinho.” E-9 (1)

“Mas eu acredito que vai chegar uma hora que eles [Direção] vão atender as nossas necessidades [...]. [...]o Ministério da Saúde está cobrando, tem estado presente, veio fazer vistoria, avaliação da estrutura, treinamentos, vendo a composição das equipes médicas e de enfermagem, todo o suporte que está sendo dado para a paciente.” E-4 (14, 32)

“Na verdade, a gente conhece a política nacional de saúde, para urgências e emergências, de regulação médica, de regulação das doenças e acometimentos, mas a gente não vê isso estabelecido aqui [...]. [...] existe uma política que orienta a questão e outras instituições também são responsáveis pelo funcionamento desse atendimento. Mas o peso maior do atendimento de urgência/emergência na região acaba sendo daqui.” E-5 (43, 49)

Os depoimentos dos participantes diferenciam-se. Ora o enfermeiro revela não perceber relação entre políticas de saúde e prática assistencial no setor; ora o entrevistado fala genericamente sobre os benefícios do SUS, enfocando o acesso; em outros casos, o SUS é visto como um “plano de saúde” que oferece serviços mais vinculados às necessidades da clientela. Ao explicitarem essas visões, os entrevistados atribuem a melhor qualidade na resolução das demandas do usuário à natureza dos princípios que orientam a assistência no SUS. Nas duas últimas falas, os enfermeiros contextualizam as orientações de natureza política que direcionam

as ações de cuidado no setor e revelam as dificuldades para o funcionamento percebidas nesse âmbito. Quanto a essas questões, vejamos o que nos revelam as falas do grupo focal:

“Hoje tenho outra reflexão de políticas de saúde. Acredito que ela esteja presente em todos os setores da mesma forma; nós interpretamos de maneiras diferentes.” (GRUPO FOCAL 1)

“[...] é necessário que se chame a atenção de nós enfermeiros, pois não podemos esquecer que aqui é uma instituição que atende mais de 80% do SUS, então com certeza nós temos que estar por dentro dessas políticas de saúde.” (GRUPO FOCAL 1)

“Assim vários são os aspectos que envolvem as políticas de saúde, como a vigilância sanitária, a regulação e a referência contra-referência como sendo a política de saúde.” (GRUPO FOCAL 1)

“[...] a política de saúde no meu setor está muito vinculada com as normas do Ministério da Saúde com a humanização do cuidado e outras metas que a gente tem que cumprir para ser classificado como hospital amigo da criança.” (GRUPO FOCAL 2)

Nas falas coletadas no grupo focal, os enfermeiros, ao discutirem a relação entre seu trabalho e as políticas de saúde que direcionam as suas práticas no cotidiano, revelam perceber a importância do conhecimento das políticas de saúde, e o fazem de forma mais explícita que nas falas individuais obtidas nas entrevistas,. As reflexões tornadas possíveis no grupo focal permitiram aos enfermeiros perceber que as políticas permeiam o trabalho cotidiano na instituição e apontar as áreas em que essas políticas se fazem mais presentes. No entanto, as discussões poderiam ter sido enriquecidas caso a instituição e os enfermeiros sistematizassem uma visão do trabalho assistencial ancorada em todas as dimensões que envolvem a assistência na área hospitalar. Alguns enfermeiros, no entanto, além de conhecerem a orientação política que direciona o funcionamento do próprio setor, analisam

criticamente algumas inconformidades percebidas no serviço, relacionando-as ao funcionamento das políticas para o setor como um todo. É o que revelam os próximos depoimentos:

“Existe uma central de regulação que nos dá certo alicerce, mas não garante que esses pacientes que a gente tem aqui são das clínicas que a gente é referência. Então a gente tem uma superlotação. Então não observamos os critérios de encaminhamento e transferência propostos pela política nacional de saúde.” E-5 (45)

“[...] intervém muito, com intuito de atender mais paciente dentro do mesmo plantão, mesmo porque eles recebem por procedimento. Não sei se mudando a forma de pagamento mudaria isso. Não são todos os médicos que atendem dessa maneira, mas a maioria trabalha em cima da demanda [...]. [...] talvez isso influencie no alto número de parto cesariana, porque por ser gestação de alto risco não tem indicação para ser parto cesariana. Cada caso é um caso.” E-4 (29 30)

No primeiro depoimento, o entrevistado, embora não usando terminologia adequada, anuncia a percepção de limites para o funcionamento do serviço, o que impossibilita a instituição hospitalar de respaldar plenamente as ações assistenciais no âmbito do município, aliás previstas na legislação federal e não cumpridas, como denuncia essa mesma fala. O segundo depoimento aponta as inconformidades na forma de atendimento, não só em termos da demanda e dos fatores econômicos relacionados, mas também sob a perspectiva da especialidade clínica. No entanto, não estende sua análise a outros fatores que podem estar determinando tais condutas, como o projeto político ideológico que orienta a organização das práticas sociais, entre elas a saúde e a educação. Isso evidencia, no contexto da saúde, a “coexistência de dois modelos assistenciais, de cunho ideológico, político e técnico distintos: o Projeto Neoliberal e o Projeto da Reforma Sanitária” (RESCK, 2006, p. 28). No interior do sistema de saúde persiste, assim, uma disputa entre duas vertentes em oposição, que tentam anular-se mutuamente. Nesse confronto, o

movimento social da Reforma Sanitária adere aos princípios do SUS, que sustentam o atendimento à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Em contraposição, encontra-se o resistente e tradicional segmento do sistema fundamentado na medicina científica, o qual preconiza manter a oferta de serviços de saúde como consumo ancorado no processo capitalista de produção (RESCK, 2006). Esse modelo é hegemônico e orienta tanto as práticas assistenciais quanto a própria formação dos profissionais de saúde. As práticas assistenciais destinadas ao atendimento hospitalar estão ainda fortemente impregnadas pelos saberes do modelo biomédico de assistência, guardando por isso formas de atuar acentuadamente intervencionistas.

Um aspecto das políticas de saúde apontado nas entrevistas é o da atuação dos órgãos de fiscalização (vigilância sanitária), cujo nível de exigência é percebido pela equipe, como revelam as seguintes falas:

“[...] é o setor mais cobrado em termos das exigências da vigilância sanitária e isso não é nada absurdo, porque a gente trabalha em um setor crítico. Nós cobramos muito dos funcionários a parte de EPI, esterilização, desinfecção, e todos aqui têm consciência disso. As questões técnicas ligadas a isso são observadas aqui.” E-8 (30)

“A vigilância sanitária esteve interditando alguns setores por uso de tecnologia ultrapassada e foi sob pressão de toda a equipe que a administração adquiriu uma nova tecnologia para podermos continuar trabalhando. Tem que correr atrás.” E-9 (33)

Percebe-se nesses depoimentos que, em consonância com a proposta da Política de Vigilância Sanitária, o setor em que trabalham esses enfermeiros mantém uma sistemática de vigilância, visando o cumprimento das exigências técnicas para o funcionamento do serviço e para aquisição de tecnologia que garanta a qualidade dos serviços oferecidos.

A forma com que a instituição se insere na rede de serviços do município é objeto das seguintes falas do grupo focal:

“[...] se for pensar em níveis de atuação de política de saúde primária, secundária e terciária, qual é o papel da primária? Esses níveis estão separados na nomenclatura. Mas na nossa prática vemos que isso não existe, e interfere emperrando o serviço. Muitas vezes existe uma inversão de responsabilidades: o que deveria ser resolvido em um nível passa para o outro e acaba estourando lá na ponta como uma não-resolutividade. Onde um hemograma sairia em 30 minutos, sai em duas horas; o raio X que seria feito agora, esperam 20, 30 minutos por uma sala. Acredito que uma coisa vai sobrecarregando a outra, por conta dessas não-adequações.” (GRUPO FOCAL 1)

“Uma coisa que a gente precisa fazer funcionar é a questão da contra-referência, para oferecer maior apoio aos pacientes na hora da alta. É aquela coisa: você trata o paciente aqui dentro e na hora que ele recebe alta você não sabe mais o que vai lhe acontecer.” (GRUPO FOCAL 2)

“A mesma coisa quando ele entra no hospital: é como se ele surgisse do nada, como se fosse a primeira consulta dele, e ele às vezes tem toda uma história na rede. Então você joga o paciente no escuro [...]. [...] é como se o hospital fosse uma coisa e a saúde pública fosse outra.” (GRUPO FOCAL 2)

Em ambos os campos houve maior aprofundamento das reflexões realizadas nos grupos focais do que nas entrevistas, no sentido de contextualizar a visão sistêmica da estrutura que subsidia as práticas no setor saúde. Em termos do conhecimento sobre as políticas de saúde, o grupo focal descreve os níveis de complexidade que orientam a organização dos serviços no sistema de saúde, discutindo as dificuldades e limitações da estrutura para cumprir os níveis de atenção propostos pelo sistema, os serviços que por vezes não respeitam esses níveis e as conseqüências disso para a resolutividade da atenção. Em outras palavras, denunciam que os serviços de saúde no município não funcionam em conformidade com os princípios do SUS, gerando dicotomia entre serviços de

atenção básica e de alta densidade tecnológica. O último depoimento exemplifica enfaticamente o distanciamento entre os serviços hospitalares e os da atenção básica, apontando que, embora compondo um mesmo sistema, as duas instâncias não interagem.

Na medida em que fomos analisando as falas, buscando conteúdos que explicitassem conhecimento sobre as políticas de saúde, encontramos expressões revelando que os enfermeiros reconhecem a qualidade (resolutividade, credibilidade) dos serviços oferecidos aos usuários, como mostram os excertos a seguir:

“[...] até nos exames se vê a política pública de saúde do SUS: nossos clientes têm todos os exames. O SUS é bastante completo, cobre mesmo sendo um exame caro. Isso é perceptível, na realidade o melhor convênio [...]. [...] quando as pessoas dizem: ‘Isso é só no papel’, não é, pois na prática nós vivenciamos isso muito bem.” (GRUPO FOCAL 1)

“[...] podemos enxergar políticas de saúde na resolutividade a partir do momento que o paciente adentra a instituição [...]. [...] o SUS atende as necessidades patológicas [...], o paciente é atendido, independente da classe social, cor e/ou religião, é atendido [...]. [...] de repente, precisamos fazer um procedimento de ponta e de alto custo financeiro hoje; o SUS cobre esse procedimento. [...] o importante que se saiba é que este paciente é tratado.” (GRUPO FOCAL 1)

“Na comparação dos convênios no sentido de rapidez no atendimento, então, aquilo que é emergência e aquilo que tem fazer, o paciente do SUS faz tudo. E existem situações do paciente entrar com a mesma situação clínica do outro e o paciente do SUS ter uma resolutividade superior.” (GRUPO FOCAL 2)

“Tem um acompanhamento melhor porque não tem restrições na quantidade de exames que ele pode fazer [...]. [...] o SUS tem um atendimento melhor, [...] eles (os médicos) trabalham muito com o que é mais atual, a medicação mais nova que está em uso para prestar uma melhor assistência para o paciente.” (GRUPO FOCAL 2)

Diferentemente das falas anteriores, estas últimas revelam a confiança dos entrevistados nos serviços oferecidos aos usuários do SUS, considerando o usuário já internado no hospital. Notamos que os princípios que orientam a assistência no SUS — resolutividade e equidade — são subjacentes a alguns dos aspectos evocados nestas falas. No entanto, como os enfermeiros abordam a forma de assistirem tendo como referência o modelo biomédico, os conteúdos dos depoimentos não oferecem informações suficientes para demonstrar que ao prestarem essa assistência eles busquem construir um novo modo de fazê-lo que vise a integralidade do cuidado.

As dificuldades em alcançar globalidade do atendimento são atribuídas às condições adversas de trabalho, como mostram os próximos depoimentos¹³:

“Eu sei que tem muita coisa que não é certo ainda. A gente vê a banalização da desumanização. Tem coisas que você vai acostumando, que acaba não enxergando.” E-4 (11)

“Isto [falta de materiais] endurece as pessoas e fica muito banal não ter. E aquilo vai te endurecendo por dentro e você começa achar que é normal mesmo. Tem que ser assim mesmo: que se o cliente quiser, que seja assim, e, se não quiser, vai procurar outro hospital. Acaba mudando o profissional. Acho triste isso!” E-1 (33)

Estas falas são oportunas por revelarem um aspecto preocupante que permeia os bastidores das instituições de saúde: condições precárias de trabalho, envolvendo limites de recursos materiais e humanos e as consequências indesejadas disso na assistência oferecida ao usuário e ao trabalho coletivo. Essas questões não são novas nem tampouco desconhecidas. O Ministério da Saúde, ao lançar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001, já tinha como objetivo melhorar a qualidade e a eficácia do atendimento

¹³ Os aspectos relacionados à problematização das condições de trabalho serão retomados posteriormente, em categoria específica.

prestado aos pacientes do SUS, visando promover uma nova cultura de humanização na rede hospitalar e capacitar profissionais para um atendimento mais solidário, tendo como meta atuar em duas vertentes: a humanização do atendimento aos pacientes e as condições de trabalho dos funcionários do hospital. Em 2003 o PNHAH foi substituído pelo HumanizaSUS, uma política de governo que se pretende transversal e que buscou em experiências bem-sucedidas um conceito mais ampliado de humanização, envolvendo também a gestão e os profissionais de saúde (BENEVIDES, 2005). O texto do documento que orienta a implantação do programa reconhece como uma das fragilidades do SUS a desvalorização dos trabalhadores de saúde, considerando-a como problema agudo a ser enfrentado, relacionando assim, à obtenção de bons resultados em termos de humanização da atenção, a necessidade de melhor cuidar dos profissionais da área da saúde (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

Entendimento semelhante é expresso por Abreu *et al.* (2002) quando apontam que uma relação satisfatória com a atividade de trabalho é fundamental para o desenvolvimento nas diferentes áreas da vida humana, relação esta que depende, em grande escala, dos suportes afetivos e sociais que os indivíduos recebem durante seu percurso profissional. O ambiente de trabalho que não promove a satisfação desse suporte traz grande sofrimento ao trabalhador.

Segundo os mesmos autores, o trabalhador, ao sentir-se sem alternativa para compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, vê aumentar sua tensão emocional, o que pode levar ao surgimento de síndrome de *burnout* e/ou de estresse ocupacional. As conseqüências dessa falta de realização pessoal no trabalho podem caracterizar-se como uma tendência que afeta as habilidades

interpessoais relacionadas com a prática profissional, o que influi diretamente na forma de atendimento e contato com os usuários, bem como com a organização — situação bem retratada no último depoimento.

A humanização do atendimento também foi objeto de discussão no grupo focal:

“[...] acredito que as outras necessidades dependem, individualmente, de cada profissional e de como ele dirige esse cuidado e preocupa-se com o ambiente que esse paciente está inserido.” (GRUPO FOCAL 1)

“As formas de humanização são diferentes: como vai se acolher aquele paciente. A questão do acolhimento que é falha, porque às vezes o hospital não tem condições para que essa mãe que vem de longe possa acompanhar seu filho e seja instalada adequadamente.” (GRUPO FOCAL 1).

Os enfermeiros reconhecem não produzir uma qualidade da assistência que contemple as necessidades sociais, psicológicas e espirituais dos pacientes. Isso é expresso tanto nas falas individuais como nas do grupo focal.

Neste momento, se faz oportuno discutir o fenômeno da naturalização da precariedade das condições de trabalho de todos os envolvidos. Poderíamos afirmar que os enfermeiros, indistintamente, se esforçam ao máximo para realizar seu trabalho, visando pelo menos garantir a assistência às necessidades físico-biológicas dos clientes. Dessa forma, o atendimento oferecido é parcial e se limita à realização de procedimentos, caracterizando “um somatório de atos fragmentados” (MERHY, 2002, p. 103). O grande esforço dos profissionais para cumprir uma parcela do cuidado não lhes permite dispor de tempo e energia para provê-lo de modo a atender a outras dimensões, ou seja, alcançar um cuidado que contemple a integralidade. No entanto, essa dificuldade pode estar relacionada à limitada visão

dos profissionais quanto ao processo saúde–doença: envolvidos em situações práticas, acabam por encaminhar suas ações limitando-se a questões técnicas.

Relembremos o significado dado à integralidade em nosso estudo: na atenção que valoriza o princípio da integralidade, há produção de uma prática que incorpora sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade da atenção e continuidade do acompanhamento de saúde (CECCIM, 2005; PINHEIRO; GUIZAD, 2005). No entanto, as falas seguintes, acerca da assistência oferecida aos usuários, não revelam que essas dimensões estejam sendo contempladas:

“Então a gente fica o tempo inteiro tentando dar uma assistência para a paciente e tentando superar a sobrecarga de serviço. É tudo tão corrido que a gente acaba ficando tão mecânico, acaba cumprindo só as metas, cumprindo prescrição. E as outras coisas que tem que fazer, às vezes até desviando da função da gente, que é da enfermagem mesmo, ao invés de estar cuidando de uma forma mais humanitária, tentando dar aquele suporte que as pacientes mais precisam.” E-4 (10)

Essas dificuldades explicitadas nas falas, além de evidenciarem que a assistência oferecida se limita aos aspectos físico-biológicos do cuidado, revelam uma situação que, por perdurar, gera conformismo no enfermeiro com o não-cumprimento do atendimento esperado às necessidades de saúde da população.

Os entrevistados também comentam mais especificamente sobre aspectos da política institucional:

“Quando se refere à Administração, a gente não tem uma ligação, uma coisa aberta, apesar de que troca bastante. Eu penso que me dão liberdade para eu gerenciar do meu jeito — lógico, têm normas que tem que seguir.” E-1 (50)

“O acesso [à Administração Superior] a gente até tem: vai, fala com todo mundo, mas você ser realmente ouvido e ser levado em consideração tem uma distância muito grande. A gente sabe que o ministério tem reunião com a instituição, mas algumas coisas aqui são decididas isoladamente. Nessas reuniões a gente não tem acesso.” E-9 (24 25)

“Quando tem algum problema geral no hospital, aí ela [Chefe de Serviço] convoca todos os enfermeiros para uma reunião.” E-6 (14, 19)

“Falando de humanização, não adianta nada aqui no andar a gente estar com uma visão de humanizar a assistência se lá na portaria não tem essa visão. Então conta muito cada um fazer a sua parte, mas para isso todos têm que estar com a mesma visão, senão um faz e outro desfaz. Começar desde a porta de entrada: todos têm que dar acolhimento para esta paciente da melhor maneira possível.” E-4 (40)

“Nós não temos uma política de gestão; são necessidades momentâneas que são atendidas de maneira pontual.” E-8 (48)

Esses depoimentos são reveladores da inexistência de um projeto de gestão institucional ativo e dinâmico que oriente o desenvolvimento dos trabalhos em seus diversos níveis, ou seja, que constitua o eixo condutor do trabalho institucional, embora sem inviabilizar adequações e direcionamentos que atendam a singularidades de cada um dos setores. As falas acima foram aqui organizadas de modo a mostrar uma compreensão crescente a respeito dessa problemática, inicialmente com uma atitude de constatação e progressivamente alcançando uma interpretação objetiva do fenômeno em sua complexidade, qual seja, a ausência de um plano de gestão. No entanto, embora constatem tal ausência, não verbalizaram nenhuma interpretação desta. Uma maneira de interpretar esse fenômeno se baseia na visão fragmentada que nós, profissionais, temos da forma como se organiza a produção¹⁴ do trabalho em saúde, fragmentação essa que não nos capacita a

¹⁴ A forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma composição concreta de recursos (financeiros, materiais e de força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva, além de certo discurso e determinados projetos e políticas que assegurem sua produção social (CAMPOS, 1992, p. 38).

elaborar uma visão da totalidade que organiza esse trabalho e constitui a lógica predominante do projeto hegemônico, além de fazer com que este se mantenha. Essa forma de aparente simplicidade de organização do trabalho oculta contradições do processo de trabalho, as desigualdades de saber e de poder, as diferenças sociais e de acesso, “mas principalmente conforma a manutenção da alienação do trabalhador em relação à sua inserção no processo de produção” (FORTUNA *et al.*, 2002, p. 277). Interessante registrar a percepção de que o comportamento de não-valorização do planejamento das ações se repete internamente entre esses enfermeiros:

“A falta de disponibilidade dos enfermeiros em planejarem as coisas juntos dificulta uma uniformidade de atitudes, e aí, diante dos questionamentos dos funcionários, dificulta a continuidade das coisas [...]. [...] estipulamos um planejamento com cronograma e nunca dá certo, por mais que eu cobre, e aí acaba acontecendo alguma dificuldade e eu acabo tendo que intervir nessa dificuldade. Mas não consigo fazer algo muito planejado e consigo me organizar conduzindo as coisas do meu jeito.” E-9 (18, 28)

Esse depoimento possibilita algumas reflexões. Em um primeiro momento, é reflexo do que acontece nos níveis mais elevados do trabalho da gerência na instituição, nos quais, por não se dispor de um planejamento gerencial, não se sistematiza o trabalho gerencial em suas diversas instâncias. Assim, o enfermeiro que gerencia determinados setores não encontra meios para elaborar com seus pares um plano que direcione o trabalho conjunto. Tal dificuldade tende a se cristalizar, consolidando uma gerência não profissionalizada também nos setores. No entanto, encontramos em depoimentos de um entrevistado e de um participante de um grupo focal indicações de reflexão sobre como esse tema vem ocorrendo no cotidiano de suas práticas:

“[...] é nesse melhorar que eu vejo o planejamento relacionado com a gerência. É aquilo de você adaptar o que viu na teoria, usar a criatividade, é enxergar mais longe; não é só corrigir; é avançar em direção ao novo. Fazendo reunião não só para resolver os problemas que já existiam, ou imediatos, mas procuramos ver o andamento, avaliar o nosso trabalho [...]. [...] preocupação com a continuidade do que se implanta e não deixar perder a possibilidade de construção do novo.” E-10 (46 47, 48)

No grupo focal, esses aspectos foram assim discutidos:

“[...] se a enfermagem, como chefia, como grupo, estabelecesse a sua filosofia de trabalho de ação de prática.” (GRUPO FOCAL 1)

“[...] um comando amplo mesmo, que vem de lá de cima, porém dentro deste comando também vem a filosofia da enfermagem [...]. Então nossa filosofia de trabalho é essa. Então nós vamos brigar para que isso aconteça.” (GRUPO FOCAL 1)

“[...] que mude as administrações, mas o objetivo maior — como é que vamos chegar nesse objetivo e como é que a gente conquista isso, como profissionais interessados, com iniciativa, respeito e responsabilidade? Eu acho que esse comando tinha que partir da nossa gerência.” (GRUPO FOCAL 1)

“[...] tem que partir de nós enfermeiros, eu concordo, mas se não tiver apoio gerencial daquele que comanda não caminha!” (GRUPO FOCAL 1)

No grupo focal, as questões relacionadas à ausência de um projeto de gestão aparecem de forma acentuada e inquietante e o grupo propõe que haja um direcionamento amplo que incorpore uma filosofia de trabalho da enfermagem, ou seja, que haja um direcionamento para as práticas de enfermagem. No grupo focal tampouco ocorreu uma análise ampliada da questão; o grupo não relacionou a ausência de um projeto institucional conhecido e compreendido por todos como um fenômeno de determinação social. Não percebendo os contornos políticos e ideológicos que cercam o projeto institucional, os enfermeiros ingenuamente pressupõem que o grupo de enfermagem poderia se unir em torno de um propósito

maior, uma filosofia própria do trabalho da enfermagem, e avançar de modo a conquistar espaço próprio, até mesmo construindo uma identidade. É importante perceber que essas falas podem estar manifestando a necessidade de fortalecimento dos vínculos dos enfermeiros com o Serviço de Enfermagem, e mesmo com a instituição. Elas também manifestam um sentimento de impotência para a formulação de projetos alternativos de mudança ou que sejam capazes de reverter a atual situação. Uma vez consolidadas essas conquistas, na opinião do grupo, seria possível mudar as chefias nos níveis mais elevados da instituição sem afetar incisivamente o direcionamento do trabalho da enfermagem. Há compreensão de que a iniciativa para a construção de um projeto de gestão deva partir dos enfermeiros, embora tenha sido enfatizada a importância da Chefia do Serviço na condução desse processo. Concordamos com a importância atribuída pelos enfermeiros a um projeto de gestão da enfermagem, evidentemente bem articulado ao projeto institucional. No entanto, é interessante destacar que não associaríamos tal projeto à idéia de “comando” veiculada no discurso de alguns enfermeiros. O uso deste termo nos remete ao autoritarismo presente nas estruturas burocratizadas, em que a decisão emana do topo da pirâmide hierárquica.

Colhemos também, no grupo focal, principalmente entre enfermeiros que trabalham há mais tempo na instituição, expressões de preocupação com o asseguramento de estratégias que garantam a continuidade das atividades que comporiam um projeto de mudança:

“Nós já tivemos um projeto onde cada um fazia uma apresentação do setor e o que você faz no seu setor. Tivemos reciclagem, com os auxiliares e técnicos, só que antes de cumprir a programação com todo o prédio, morreu também [...]. [...] faltou estímulo.” (GRUPO FOCAL 1)

“[...] sinto que foram vários projetos e a descontinuidade desses projetos faz o enfermeiro se frustrar, o qual o leva ao desestímulo, e como a gente vai dar continuidade nisso, [...] a enfermagem como corporação dentro da instituição como que se desenvolve? Pois se eu tiver que mudar de setor, terei que aprender as particularidades dele, mas a postura, a conduta quanto às ações da assistência, essa devera estar solidificada.” (GRUPO FOCAL 1)

Ainda que possam ter dificuldade em compreender o significado de um projeto institucional, esses participantes identificam na falta de continuidade dos projetos um fator que leva a uma descrença em mudanças. Também apontam a falta de um direcionamento para orientar a prática dos enfermeiros. No entanto, em contraste com esse desestímulo e com o distanciamento percebido em relação às instâncias de decisão, um único enfermeiro manifesta, em entrevista individual, satisfação por sentir-se incluído no processo de gestão da instituição:

“Eu estou muito feliz de estar aqui! Hoje eu tenho orgulho, a gente faz parte do processo de decisão. Antes da tomada de decisão no escalão superior, administrativamente falando, eles sempre pedem a nossa opinião, tanto minha como do médico plantonista. Isso pra mim é bastante valoroso, Eu não sei como funciona nos outros setores, mas eu me sinto inserido dentro do processo.” E-5 (41)

Nem nas demais entrevistas nem nos grupos focais houve manifestações que corroborassem a afirmação acima. Esse depoimento singular revela, porém, que a ausência de uma política de gestão não elimina a possibilidade de participação dos enfermeiros em decisões relacionadas ao setor em que atuam.

As falas anteriores revelam a inexistência de um projeto de gestão, ausência essa que pode vir acompanhada de um “amadorismo gerencial”, pautado pelo improviso, que pode se manifestar em todos os níveis da organização.

O fenômeno do “amadorismo gerencial” não é novo e constitui objeto de alguns estudos, entre eles o de Paim e Teixeira (2007), que ao discutirem o processo de institucionalização do SUS descrevem os desafios ali encontrados, apontando alguns nós críticos, tais como a falta de gestão profissionalizada, caracterizada pela escassez de quadros qualificados para o exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços.

Ficamos atentos para verificar se as falas colhidas abordariam questões relacionadas à qualificação dos quadros da organização. Constatamos, porém, que esses discursos não foram além da noção de “educação continuada”, razão pela qual nos referiremos a esse aspecto como práticas educativas no trabalho. Disso são exemplos os seguintes excertos:

“Na enfermagem, a gente não tem como reunir, então a gente faz pequenas reuniões, meia horinha que você tira com as funcionárias, onde você pode estar tirando as dúvidas, passar alguma coisa que pode estar melhorando e assim adequar algumas coisas. Essas são as estratégias que usamos para atualizar o pessoal, porque a gente nunca pode afastá-los da função porque não tem ninguém para ficar no lugar.” E-4 (35, 37)

“[...] Os funcionários daqui cobram muito treinamento e todos os procedimentos novos eu entro junto e já vou fazendo treinamento em serviço [...] é um ambiente que assusta muito, cheio de novidades, de informação, e para trabalhar aqui precisa ter capacidade de assimilar tudo isso.” E-9 (10, 13)

“Os treinamentos aqui são de responsabilidade da Educação Continuada e aí é a chefia quem planeja e escolhe quem vai fazer. Os enfermeiros fazem a escala e cada dia um funcionário vai participar. Mas atualmente não tem tido treinamentos [...]. Agora tem alguns treinamentos específicos da unidade e a gente faz no andar, e aí eu trabalho em reunião com eles.” E-6 (27, 28)

Esses enfermeiros descrevem como se processa a atualização profissional dos auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalham em suas unidades. Os relatos nos permitem perceber dois tipos de “treinamento”: aqueles planejados pela chefia de serviço e ministrados pelo setor de Educação Continuada e aqueles chamados de “específicos”, ministrados pelos enfermeiros em seus respectivos setores. As falas, porém, revelam não existir nenhuma inovação neste campo, não só pelas denominações utilizadas (“treinamento”, “educação continuada”), mas também pelas ações desenvolvidas para atendimento às demandas. Predominam os chamados “treinamentos em serviço” — preparo de funcionários para as demandas relacionadas às atividades do cotidiano —, mas as ações para isso são pontuais e limitam-se a oferecer informações imprescindíveis à manutenção do trabalho, o que nos leva a concluir que a formação de pessoal não constitui objeto de investimento da organização, não contemplando os requisitos para o que hoje poderíamos chamar de política institucional de qualificação de pessoal ou educação permanente.

Entendemos que a educação permanente vai além da mera educação em serviço, pois diz respeito à pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, a qual está submetida a um projeto de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar (CECCIM, 2005). Sob este entendimento, a educação permanente não se limita a valorizar a incorporação de conhecimentos científicos e tecnologias de gestão no âmbito gerencial, mas também problematiza a dimensão ética dos processos de formação e capacitação de pessoal, em todos os níveis.

Independente do enfoque que a educação no ambiente profissional esteja recebendo, constata-se que os enfermeiros reconhecem a necessidade de atualização:

“[...] eu sinto falta de fazer ciência, discutindo com os outros profissionais, não só de minha área de atuação, mas também os outros inseridos no processo [...]. [...] uma iniciativa que falta da nossa profissão: estar discutindo não só procedimentos onde a gente atua, mas também a parte gerencial.” E-5 (18, 20)

“Em termos de inovação tecnológica o nosso setor se mantém na frente. E não adianta ter só o aparelho; tem que ter o conhecimento para trabalhar com os dados produzidos.” E-8 (29)

“Eu diria que o setor é atualizado: uma equipe que estuda e muitos fizeram pós-graduação e, dos quatro enfermeiros, três estão fazendo a pós-graduação por querer melhorar, querer crescer. [...] a gente está botando conhecimento em prática e vendo que pode mudar para melhor. Mudar a cara do setor é inovar.” E-10 (51, 52)

O primeiro depoimento revela o desejo de qualificação do enfermeiro, que valoriza discussões voltadas à atualização que não se limitem a aspectos técnicos e clínicos da prática profissional. O entrevistado propõe discutir a pertinência do que é feito no cotidiano, incluindo a dimensão gerencial, em discussões multidisciplinares. Peres *et al.* (2005), amparando-se em outros autores, respaldam a visão explicitada no primeiro depoimento quando diz que as organizações passaram mais recentemente a se preocupar com a qualificação do pessoal que gerencia recursos humanos. Tais mudanças no enfoque do desenvolvimento profissional decorreram, segundo os autores, das pressões sociais originadas do aumento da escolaridade, da elevação do nível de informação disponível, das inovações tecnológicas e ainda da maior motivação e expectativa de participação nas decisões, nos resultados e no futuro da organização. O segundo depoimento pode ser considerado como exemplar do entendimento desses autores, quando o entrevistado destaca a necessidade de

preparo dos profissionais para acompanhar o desenvolvimento tecnológico do setor. O terceiro depoimento descreve o setor como atualizado em termos de desenvolvimento tecnológico e de conhecimento, enfatizando a importância da pós-graduação para que o enfermeiro possa fazer parte de equipes com alta capacitação e atualização, mesmo tendo-se em conta que quadros com tal nível de qualificação não são ainda a regra em hospitais brasileiros.

As ações educativas registradas nos discursos dos enfermeiros caracterizam, como já apontamos, os chamados treinamentos em serviço, cuja oferta se limita a auxiliares e técnicos de enfermagem. Para os enfermeiros não há registro de qualquer iniciativa que caracterize uma ação de caráter institucional. As atividades de atualização ou de formação (pós-graduação) decorrem de iniciativa pessoal, como revelam os depoimentos a seguir:

“Estímulo para capacitação não sei se temos. O estímulo é próprio! Tem que partir de você. Eu tive muita dificuldade em relação a isso e fazer a especialização nessa área aqui foi uma oportunidade.” E-4 (41)

“Pós-graduação, para quem trabalha aqui, vale para você, para o seu conhecimento para a sua satisfação pessoal. Vale para o meu trabalho, mas você não tem nenhum reconhecimento institucional por isso.” E-1 (57)

“Então hoje eu tenho conhecimento das coisas por minha própria vontade. Eu quem vou atrás, que me questiono, eu que leio. Não deveria ser assim, Eu acho que deveria ter uma preocupação com a educação permanente em serviço, e isso leva a gente a ficar desatualizado.” E-5 (53)

Essas falas ilustram as conseqüências da ausência de uma política de desenvolvimento de recursos humanos, falta essa que gera desestímulo e pode resultar na evasão de recursos humanos. Nisso, são complementadas pelas falas a seguir, que apontam a falta de estímulo institucional ao desenvolvimento de pessoal:

“Eu tenho o privilégio de ter feito uma pós-graduação e ter permanecido aqui na área para a qual eu fui qualificada. Mas tem alguns colegas que fazem pós-graduação e não ficam na área para a qual foi qualificado. [...] eu acredito o que me mantém aqui é o fato de desempenhar um papel que satisfaz as minhas clientes e a equipe que eu trabalho. Eu tento manter na medida do possível um bom conhecimento técnico-científico relacionado à área, mesmo porque algumas coisas como enfermeira a gente acaba discutindo.” E-4 (45 46, 47)

“Eu fui contratado e estou aqui até hoje e não é porque eu tenho especialização na área. Infelizmente não é assim. Os profissionais que se preocupam com a capacitação, a instituição poderia extrair do profissional o melhor dele, que especializou e pode oferecer um pouco mais do que outro que não se preparou.” E-5 (54)

Os enfermeiros expressam consciência de que a qualificação para o exercício de suas funções não é valorizada. A qualificação obtida pelos entrevistados foi fruto de investimento pessoal, sem que haja reconhecimento da instituição pelo preparo alcançado. A instituição não estimula os profissionais pós-graduados a permanecerem em postos de trabalho em que possam aplicar o conhecimento adquirido. Poucos são os enfermeiros que permaneceram nos setores para os quais foram qualificados.

Preparo e incentivo são aspectos que guardam relação com as condições efetivas de trabalho. De fato, muitos foram os conteúdos expressos ligados à percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho.

Como vimos, as questões relacionadas às condições de trabalho não são novas e são alvo freqüente das políticas propostas pelo Ministério da Saúde. Na verdade, cada uma das políticas implementadas pelo Ministério visando a qualificação dos profissionais para o fortalecimento do SUS em certa medida tem como objetivo a melhoria das condições de trabalho nesse âmbito. No entanto, o gerenciamento dos processos de recursos humanos envolve três esferas de governo

(federal, estadual e municipal) e se ampara numa estrutura administrativo-legal rígida, constituindo por isso um desafio a ser enfrentado tendo-se em vista a consolidação do sistema (BRASIL, 2006).

Os depoimentos colhidos não apontam diretrizes institucionais que visem a melhoria das condições de trabalho em termos do estabelecimento de uma política de gestão de recursos humanos que contemple questões salariais, quantitativo de pessoal e práticas educativas. No entanto, são mencionadas iniciativas de valorização dos profissionais de nível médio em alguns setores. Essas medidas se originaram da preocupação dos enfermeiros em promover, de alguma forma, incentivos que melhorem a auto-estima e a motivação dos funcionários, não configurando por isso nenhuma política sistemática por parte da organização:

“A gente procura valorizar. O aniversário deles nunca deixa passar em branco. Faz confraternização de final de ano. Nas datas especiais eu sempre procuro deixar uma mensagem no mural colocando-os pra cima; uso frases de estímulo.” (GRUPO FOCAL 2)

“Acho que a própria empresa devia ter isso, mandar, quem sabe, um cartão no dia do aniversário. Mesmo que fosse um cartão igual para todo mundo, mas você vai se sentir lembrado.” (GRUPO FOCAL 2)

“Depois que a gente começou a fazer elogio em ficha funcional, tem funcionários maravilhosos em todos os aspectos da atividade profissional, mas assim tem resultado. Então toda segunda-feira tem um lanche coletivo e aí lembra dos aniversariantes, canta parabéns. É algo gostoso, que melhora bastante o astral da equipe.” (GRUPO FOCAL 2)

Embora incipientes, tais iniciativas para valorização e motivação do quadro funcional são importantes, pois revelam o grau de desenvolvimento da gestão na instituição e também a possibilidade de que os enfermeiros sejam criativos ao desenvolver e implementar medidas voltadas a amenizar condições adversas que vigorem no ambiente de trabalho. Reconhecemos, no entanto, que a promoção

dessas ações de forma tão isolada constitui medida paliativa, sem impacto significativo para a transformação do quadro vigente.

Os enfermeiros das unidades de internação geral trabalham em situações extenuantes e reconhecem, com grande insatisfação, que essas condições se estendem aos funcionários. As preocupações que sobressaem são aquelas relacionadas à composição dos quadros para o trabalho nesses setores, como ilustram os depoimentos que se seguem:

“[...] temos trabalhado faz algum tempo com um grande número de atestados médicos, porque o funcionário acaba adoecendo. [...] trabalha-se com uma política, faz alguns anos, de não colocar hora extra, tendo que se virar com o que tem no andar.” E-1 (2, 3, 4)

“[...] há falta de recursos humanos [...], [...] atestado e falta de funcionário [...] e em função disso tem remanejamentos. Aí os funcionários que migram de outro setor para cá não têm afinidade com o setor; acaba sobrecarregando o outro que trabalha aqui.” E-4 (20)

“Tem muita falta de recursos humanos e é muito difícil trabalhar [...] e, principalmente para o ambulatório, muita carência. Férias e licença-maternidade não são cobertas.” E-3 (28)

Essa situação é agravada, segundo alguns participantes, pela falta de recursos materiais:

“Mas eu acho assim: quem trabalha num hospital grande como este, que tem dificuldades [...], falta de roupa [...], falta de remédio, de equipo, de soro, falta disso falta daquilo...” E-1 (31)

“A parte de recursos materiais falta, a gente tem restrições e quando não tem jeito eu comunico ao médico e o jeito é diminuir o atendimento aos clientes.” E-3 (26)

Tal situação, porém, não prevalece em todos os setores do hospital. Nos excertos acima, os enfermeiros descrevem as situações que enfrentam no cotidiano

da gestão dos recursos humanos, e algumas das falas colhidas se revestem de total descrença. Atribuímos isso ao fato — de conhecimento público — que a instituição em questão passa por dificuldades gerenciais e financeiras. Sendo uma instituição privada de caráter filantrópico, encontrava-se na época desta pesquisa sob intervenção judicial requerida pelo poder público estadual. Assim, sua gestão atual compete às instâncias estadual e municipal de saúde, sendo realizada por uma junta administrativa nomeada para garantir o funcionamento da instituição e o atendimento à clientela, não dispondo a esfera estadual de recursos em termos de leitos hospitalares em outras instituições que possam suprir tal demanda. Nos setores de alta complexidade técnica constatamos diferenças que nos chamaram atenção, como as explicitadas a seguir:

“O número de funcionários a gente procurou adequar um para cada dois leitos para a gente conseguir prestar uma assistência melhor ali. [...] meu setor tem um enfermeiro para 10 leitos nas 24 horas. É uma realidade; acho até privilegiada,” E-7 (4, 19)

“Em relação a recursos humanos, aqui é um setor privilegiado do hospital. A maior equipe de enfermeiros esta aqui. [...] Nível médio está excelente. O COREN preconiza para pacientes críticos um funcionário para cada dois pacientes e a gente trabalha com quatro para seis pacientes.” E-8 (25, 26)

“[...] é 24 horas com enfermeiro presente, trabalhando, passando o plantão, e quando a gente chega procura constatar, tudo tem que estar relatado [...]. [...] em quantitativo a gente tem número suficiente e esse quadro nunca se reduz e nem pode ter desfalque. Temos uma central de material com funcionário exclusivo para o controle de material de consumo e permanente. Pode faltar material em qualquer setor, menos aqui.” E-8 (10 27, 28)

Essas descrições revelam condições de trabalho bem mais favoráveis e não constatamos nas falas dos entrevistados dos setores fechados nenhuma ênfase à escassez de recursos humanos e materiais para o trabalho. Não foi explicitado nada que fundamentasse ou questionasse as diferentes situações pelos enfermeiros. As

práticas assistenciais nos hospitais estão organizadas com base no modelo biologicista, centrando-se em conhecimentos especializados e acentuada dependência à alta tecnologia. Podemos dizer que com base nesse modelo se organizou toda a prática assistencial em saúde no Brasil, fortalecendo a prática assistencial cujo fundamento é a cura das doenças, com foco nas necessidades biológicas. Apesar dos avanços na implantação do SUS, não devemos desconsiderar a persistência dessa tendência no funcionamento dos serviços, justificando os altos investimentos nos setores especializados e de alta dependência tecnológica. Assim, ainda se privilegiam os setores dependentes de alta tecnologia em termos da destinação de recursos de toda natureza, em detrimento dos setores de menor densidade tecnológica, como as unidades de internação geral, nas quais se observa extrema carência.

Ao dar continuidade à análise das falas, percebemos que os conteúdos se voltam para as descrições de como os enfermeiros realizam o trabalho gerencial, enfoque que denominamos modos de proceder do enfermeiro na gerência, nos quais se articulam afazeres, experiência e competência profissional:

“Mas esta capacidade vem com a maturidade. Eu era muito diretivo [...] tentando impor a minha forma de ver as coisas. Hoje a minha forma de ver as coisas mudou. A gente tem uma missão enquanto profissional nessa instituição. [...] objetivo da gente é o paciente, seja no campo da prevenção ou curativo, e se atinge isso das formas mais variadas, e relacionam com a experiência e com a formação.” E-5 (33, 34)

“[...] O enfermeiro é peça fundamental. Ele é tão importante quanto a presença do médico, só que isso depende do posicionamento do enfermeiro. Então, se é aquele enfermeiro interessado que busca, vai atrás e discute, que faz cobranças aos funcionários, a coisa flui muito bem. O enfermeiro é quem conquista espaço.” E-8 (12, 50)

“O enfermeiro é aquele profissional que tem que resolver tudo, e tem que resolver não é porque estão cobrando, mas é por uma questão de percepção mesmo. Às vezes eu digo assim: o enfermeiro, ele enxerga tudo e às vezes paga um preço por isso.” E-7 (20)

No primeiro depoimento, o enfermeiro atribui à experiência adquirida sua habilidade em articular adequadamente a assistência e a gerência, e reconhece que durante a aquisição dessa experiência foi configurando sua forma de lidar, de maneira menos diretiva, com os problemas inerentes à gestão. Embora declare que com o amadurecimento profissional distanciou-se do exercício da gerência na perspectiva diretiva, não deixou claro se essa perspectiva consistia em uma orientação institucional ou uma característica individual. Fala ainda em “missão”, associando a missão profissional à institucional. É importante essa referência, por explicitar vínculo com a instituição e responsabilidade social, uma vez que o enfermeiro assegura que cumpre o objetivo de assistir o paciente no campo de suas necessidades preventivas e curativas e ampara tal exercício em seu preparo profissional, que foi adquirido com a formação e com a experiência. Nos dois últimos depoimentos, implicitamente estão inscritas características profissionais que se configuram em posturas e atitudes propositivas diante da vida e do trabalho e expressam a noção de que a posse dessas características constitui fator diferenciador, o que destaca esses enfermeiros em relação aos demais. Ainda, expressam sentimentos de confiança no próprio trabalho e a valorização do trabalho do enfermeiro, o que nos parece ter desdobramentos importantes em termos de auto-estima.

A articulação entre gerência e assistência comparece também nos depoimentos a seguir:

“A gente tem desempenhado tanto a função de gerente quanto a assistencial também [...]. Então acaba acarretando muita coisa e a gente não consegue atender as necessidades do setor.” E-4 (1, 2)

“Eu faço assistência e gerência assim: eu trabalho seis horas e 90% do meu tempo eu faço assistência [...]. Mas esta proporção já foi diferente. Hoje, tendo um domínio maior, consigo otimizar mais o tempo da assistência, não esquecendo da parte gerencial. Todo começo de plantão nosso fica bem característico fazer a gerência, fazer a organização do setor, principalmente porque a gente tem deficiência de pessoal, material. Tem remanejamentos, tem superlotação, eu tenho que fazer a parte mais gerencial nesse começo de plantão.” E-5 (15, 16, 17)

“[...] me deparei com um enfermeiro gerente, responsável pela questão administrativa e com uma equipe de enfermeiros assistenciais que trabalhavam diretamente com o paciente focalizando a assistência e tendo como responsabilidade dentro da sistematização a questão da prescrição. [...] era o mais próximo daquilo que eu aprendi que era assistência, a sistematização da assistência.” E-8 (1, 2)

“[...] o enfermeiro não sabe ser um bom gerenciador e um bom enfermeiro assistencial. Fica sempre dividido entre aquilo que vai fazer melhor. O que vai dar para fazer? Então, a gente vive um contra-senso: ao mesmo tempo em que vive uma dificuldade para fazer as duas coisas, percebe que não dá para ser um para cada coisa [um enfermeiro para a gerência e outro para a assistência]. Não que precisasse dividir os papéis, mas dividir as atividades.” E-7 (15, 18)

Os dois primeiros depoimentos revelam a percepção dos enfermeiros de que exercem assistência e gerência, sugerindo que a sobrecarga de trabalho advém da dupla função. O segundo enfermeiro parece articular melhor essas duas dimensões. Castellanos *et al.* (1989), enfocando o trabalho da enfermagem sob o referencial da organização tecnológica do trabalho, compreendem que a atividade do enfermeiro abrange dois processos: o processo de trabalho “cuidar” e o processo de trabalho “administrar”, enfocando que este último é o mais presente no cotidiano do enfermeiro. Uma vez que predominava na graduação o ensino centrado em disciplinas que preparavam para o cuidado ao corpo individual, tendo em vista o

modelo assistencial centrado na cura, os enfermeiros entendiam que eram preparados para o processo de trabalho “cuidar”, e por muito tempo o processo de trabalho “administrar” foi negligenciado por esses profissionais, configurando-se como desvio de função. Tal entendimento está presente nos três primeiros depoimentos. No terceiro excerto, o enfermeiro informa sentir-se confortável por encontrar uma situação em que a realidade se aproxima do que ele havia idealizado como atividade do profissional de enfermagem. Isso evidencia que o ensino de enfermagem ainda vem reforçando a dicotomia entre o processo de trabalho “cuidar” e o processo de trabalho “administrar”. Notamos também que, ao referir-se à prática da sistematização da assistência, esse entrevistado não faz referência ao contexto em que esta prática se dá, nem tampouco faz questionamentos quanto à viabilidade de tal prática no contexto institucional e da enfermagem.

O depoimento seguinte apresenta uma situação extrema de indefinição entre o desempenho dos dois processos acima referidos. Cabe às organizações definir de forma clara e objetiva suas expectativas quanto ao desempenho do enfermeiro, buscando desenvolver um processo de gestão que permita lidar com os conflitos pessoais e profissionais e possa estimular o desenvolvimento profissional. Cremos que as situações evidenciadas nessas falas denunciam uma realidade que justifica a tomada de providências que incluam uma estratégia de educação permanente. No entanto, este entrevistado tem uma visão que se diferencia daquela expressa no último depoimento:

“[...] entendi que gerente é aquele que dá os meios para a equipe trabalhar, dá a coordenação, a equipe consegue fazer tudo sem estar sob os olhos dele [...]. [...] tem que dar autonomia para a equipe. Dar conhecimento e segurança o suficiente para que eles [funcionários] trabalhem sozinhos e você como mediador de tudo isso.” E-10 (13, 14)

Esse depoimento apresenta uma visão mais ampliada do papel do enfermeiro como coordenador das atividades da equipe de enfermagem. Propõe que esses coordenadores devam prover os meios para que os funcionários possam trabalhar. Considera a autonomia do sujeito na realização de seu trabalho, incluindo conhecimento e segurança para que os funcionários possam desempenhar suas funções. O entrevistado parece propor estratégias de ação menos verticais, que promovam a participação coletiva na gerência.

Ao adentrarmos as questões que tratam da gestão de pessoas, sobretudo sobre o trabalho no hospital, se faz necessário falar do trabalho em equipe, que é concebido pela atual visão da administração como um requisito vital para a obtenção de resultados.

Se concordamos que as práticas de atenção à saúde devam se direcionar à integralidade, é preciso reconhecer, como o fazem Henriques e Acioli (2005), que este princípio deverá articular os processos de trabalho e formação de todos os profissionais de saúde, articulando essa que se viabiliza no trabalho em equipe.

Antes de proceder à análise dos conteúdos referentes ao trabalho em equipe, a compreensão conceitual que orientará nosso olhar passa pelo entendimento de que equipe é um conjunto de pessoas que se dedicam à realização de uma tarefa ou trabalho (FERREIRA, 1994). Em outras palavras, são pessoas em busca de um mesmo objetivo. Refinando essa visão, Amaru (1986) expõe que existe equipe quando a organização, interação, motivação e percepção estão simultaneamente presentes na organização do trabalho de um grupo.

Além desse entendimento, compartilhamos da compreensão expressa por Pinheiro e Ceccim (2005) de que qualquer profissional ou mesmo categorias inteiras

têm limitações para de fato dar conta de todo o espectro das demandas apresentadas em situações de adoecimento ou sofrimento por problemas de saúde. O exercício do trabalho em equipe multiprofissional de saúde já constitui realidade em nossa sociedade. A orientação para o trabalho em equipe consta tanto nas diretrizes para a formação profissional (Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da grande área de Saúde) quanto naquelas para o exercício profissional no SUS (Princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para a saúde). Essa compreensão orientará a análise das falas dos participantes. No movimento de seleção e organização dos discursos que abordam o trabalho em equipe, encontramos variações significativas e optamos por iniciar a análise por aqueles que situam o enfermeiro coordenando a “equipe” de enfermagem. Disso são exemplos as seguintes falas:

“Procuro trabalhar na horizontalidade com o pessoal da minha equipe [...], tratá-los com respeito. Se tiver que dar uma bronca, não faço isso na frente de todo mundo [...]. [...] tem situações que você tem que se colocar no lugar de chefe.” E-1 (46, 47)

“[...] não dá para esquecer o problema de casa lá fora, como era colocado antigamente. A gente não enxerga a coisa dessa maneira. Então a gente traz junto, senta aqui — ‘Qual o problema? —’, se a gente puder ajudar...” E-5 (39)

“[...] procuro trabalhar junto porque os funcionários têm que ser valorizados.” E-6 (31)

Quando nos referirmos ao trabalho da enfermagem, usaremos a denominação ‘equipe de enfermagem’, embora reconhecendo que o trabalho nesse âmbito descrito em algumas falas não caracterize necessariamente uma atividade em equipe. Ao solicitarmos aos enfermeiros, nas entrevistas individuais, que falassem sobre as relações entre as pessoas que trabalham no setor, predominaram

as falas que tratam da relação entre os enfermeiros e o pessoal a eles subordinados no cotidiano do gerenciamento. Talvez isso se deva ao fato de a enfermagem haver se construído como profissão inserida no movimento de reorganização do processo de trabalho em saúde que se desenvolveu principalmente no ambiente hospitalar, reorganização essa orientada pela lógica da divisão técnica e social do trabalho, desencadeando por sua vez uma divisão no trabalho da enfermagem fundamentada no princípio da hierarquia. Assim, a equipe de enfermagem organiza o trabalho assistencial tendo como referência a liderança do enfermeiro. A liderança é creditada ao enfermeiro como um suposto atributo básico e inquestionável. Tal posição prejudica a possibilidade de diálogo e de democratização das relações entre o enfermeiro e os demais agentes de enfermagem (ROZENDO; GOMES, 1998).

Essa concepção de liderança como um atributo natural e inquestionável nos remete aos aspectos técnicos, à divisão de tarefas, à fragmentação do cuidado e das pessoas nele envolvidas e direciona à organização dos serviços para a racionalidade, almejando a produtividade e a economia. Nesse sentido, o controle permanece sendo o principal instrumento para alcançar tal finalidade, conferindo à liderança uma dimensão importante. Sendo assim, sua finalidade precípua é a de controlar os agentes de enfermagem, assim como o trabalho realizado (ROZENDO; GOMES, 1998). Essa modalidade de gestão, que nos parece compatível com os modelos de gestão tradicionais, se caracteriza na prática pela implementação de estratégias de gestão propostas pela Teoria Geral da Administração (TGA), em que a disciplina e o controle constituem o eixo central dos métodos de gestão. Sendo assim, a prática da enfermagem se organiza, como se pode constatar nos depoimentos, tendo como eixo a hierarquização, com o poder centralizado no enfermeiro. Ao interpretarmos o conteúdo desses depoimentos, nos pareceu que a

visão de liderança que permeia as relações do enfermeiro com os auxiliares e técnicos de enfermagem sob sua coordenação tem características da liderança exercida tendo como foco o controle, sem portanto valorizar a prática do diálogo ou a democratização das relações. No modelo de gestão tradicional, o poder emana de cima para baixo, com pouca ou nenhuma abertura para a participação, favorecendo o surgimento de comportamentos de resistência no relacionamento entre as equipes, como revela o seguinte depoimento:

“Quanto ao relacionamento? As equipes [de enfermagem] da manhã e tarde têm um bom relacionamento. Agora, à noite se percebe, na passagem de plantão, certa hostilidade, uma grosseria.” E-2 (20)

“[...] a gente trabalha com uma sincronia muito grande e isso a gente conseguiu ao longo do tempo e os outros membros foram entrando e se adequando à maneira dos outros trabalharem. Então a equipe trabalha de forma muito harmoniosa e é uma coisa que a gente procura preservar.” E-7 (12)

“Os princípios da gestão compartilhada têm me ajudado a chamar a equipe à responsabilidade, chamando para trabalhar junto, ouvindo muito. Porque se você se sente parte, você vai trabalhar em prol, e é isso que a gente precisa saber gerenciar.” E-8 (44, 45)

O primeiro depoimento nos induz à seguinte pergunta: O que leva ao comportamento hostil? A origem de tais comportamentos pode estar vinculada a características tanto pessoais quanto provenientes da própria organização do trabalho da enfermagem. A observação do conteúdo do depoimento sugere que o enfermeiro se incomoda com a situação, porém a mantém sob controle. Para Ferraz e Martins do Valle (1999), a adoção de medidas dessa natureza gera inércia profissional e adaptação ao sistema instituído. Adotando esse tipo de medidas, os enfermeiros estariam se eximindo do enfrentamento dos confrontos do dia-a-dia, e se desobrigando da negociação. Nos dois últimos depoimentos, os enfermeiros

demonstram comportamentos mais acessíveis, buscando aproximar-se do trabalho e dos problemas dos funcionários e procurando administrar os problemas juntamente com a equipe. A incorporação desses novos valores e atitudes pelos enfermeiros parece apontar para as transformações ocorridas no campo da organização do trabalho e da gestão do trabalho em saúde que pressupõem uma concepção de liderança alinhada a novos conhecimentos e valores. Isso significa que para a enfermagem a liderança deve ser resultado da luta diária dos indivíduos que a compõem, o trabalho coletivo, partilhado, democratizado. Deve resultar fundamentalmente da valorização e do reconhecimento de todos os atores envolvidos no processo de construção diária do futuro (ROZENDO; GOMES, 1998).

No segundo depoimento, o enfermeiro expõe que o grupo “trabalha com uma sincronia”, e em seguida fala em “harmonia”, mas o conteúdo do discurso não nos fornece elementos para analisar como se conforma essa dinâmica de trabalho. Tal harmonia pode ser apenas aparente, ocultando a adoção de uma rígida sistemática de controle social¹⁵ que incide sobre os componentes do grupo (FERRAZ; MARTINS DO VALLE, 1999). O depoimento final faz referência ao uso dos “princípios da gestão compartilhada”, sem porém mencionar outros elementos incorporados ao processo de gestão do setor que retratem a adoção de tais princípios. Embora seja possível perceber algumas formas de ação, mesmo individuais, que admitem a adoção de referenciais mais flexíveis de gestão, não descartamos a possibilidade de que o termo tenha sido utilizado de forma pouco reflexiva.

¹⁵ Para Maffesoli (1981), a tecnoburocracia moderna instrumentalizou-se para realizar o controle social, não temendo manejar o castigo diante das inadequações entre o alvo fixado e o resultado atingido, buscando sempre manter o sistema em conformidade com a verdade dos poderes instituídos.

Em relação a essas mesmas questões, eis o que se pôde observar nas discussões do grupo focal:

“Falar das relações do trabalho em equipe, uma coisa difícil de lidar, começa pelo cumprimento dos horários de trabalho.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] quando todos reclamam, eu chamo todo mundo à reunião e digo: “Olha, nós estamos com problema” e aponto o foco do problema. Aí eles têm que assumir. Então geralmente é por pressão mesmo, porque eu converso antes, mas, se não resolve, aí tem que ser com todo mundo.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] já tentamos fazer reunião, mas é complicado ter reunião todo mês, mas muitas vezes eles não se comprometem depois a estar fazendo.” (GRUPO FOCAL 2)

“Reunião com todas as equipes com todo o setor nós nunca fizemos. Geralmente é separado mesmo. Se a gente tivesse a oportunidade de reunir as equipes, o atrito melhoraria um pouco, porque o que mais se escuta de reclamação é um período do outro.” (GRUPO FOCAL 2)

Esses depoimentos revelam não existirem encontros sistemáticos entre os profissionais. Isso inviabiliza a incorporação dos preceitos que caracterizam o trabalho em equipe. Nas falas do grupo focal, os enfermeiros apresentaram enorme sintonia ao apontarem problemas relacionados ao gerenciamento do trabalho em equipe, mas as formas que adotam para administrar tais questões não apresentam uniformidade, variando de setor para setor, fato esse que revela ausência de uma orientação gerencial institucional e/ou de serviço que sistematize o trabalho da gerência, embora não se constate nas falas do grupo nada que enfoque criticamente tal situação. A atitude dos enfermeiros de não se manifestarem sobre a ausência de uma política de gestão institucional poderia estar revelando, na opinião de Campos (2000b, p. 23), uma característica dos profissionais submetidos à racionalidade

gerencial tradicional que mais do que “comprar a força de trabalho, exige que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses”.

A seguir apresentaremos excertos que tratam do relacionamento de todos os profissionais envolvidos no processo assistencial nas unidades hospitalares, portanto falas que registram o enfermeiro inserido na equipe multiprofissional.

“A relação entre as equipes é muito boa — médicos, residentes, serviço social e nutricionista.” E-6 (11)

“Tenho uma relação de confiança com os médicos, solicito como querem que faça o curativo e eles me autorizam a proceder do meu jeito [...]. Com a parte administrativa, a assistente social é muito compreensiva, responsável.” E-3 (9, 16)

“Então chega um paciente, a gente discute o caso com o médico, discute a conduta com ele, a gente tem a felicidade de poder participar do processo como um todo, não só ali, administrativo, mas de atendimento mesmo.” E-5 (42)

“Nós temos uma liberdade muito grande, aqui, de estar discutindo o caso junto com a equipe médica e de fisioterapeutas.” E-8 (3)

“Temos algumas insatisfações, porque são ações integradas; não dependem só da enfermagem [...]. Então a gente fica chateada por não considerar o que a gente está sabendo, mas é bastante difícil estar entrando num acordo nisso.” E-9 (4, 5)

“Temos uma equipe multiprofissional atuante e que tem um diálogo franco [entre] todos os envolvidos. É uma equipe fixa, especializada [...]. [...] a minha posição enquanto enfermeira está bem clara, mas isso é um processo de anos, de posição do profissional, e tem que demonstrar muito conhecimento para chegar e discutir condutas com outro profissional.” E-10 (27, 28)

“Eu tenho uma visão assim: existem duas equipes no hospital: a equipe médica e a de técnico de enfermagem e auxiliares, e a gente fica no meio e não procura se inserir em nenhuma dessas, ao passo que isso tudo tem que funcionar junto e a gente não sabe a importância que a gente tem de fazer o elo entre essas duas equipes.” E-5 (23)

Para melhor compreender as relações interpessoais, cujos conteúdos emergiram nos discursos, recorremos a Urbanetto e Capella (2004), que ao estudarem a dinâmica das relações interpessoais e grupais no desenvolvimento do processo de trabalho em enfermagem, tendo como referenciais¹⁶ a Teoria Humanística e o Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), propuseram para efeito de análise das relações grupais quatro fases evolutivas: (a) *dinâmica de inclusão ou de exclusão*, considerada a primeira fase do processo relacional, seja pelo surgimento do grupo como um todo ou pela inclusão de um novo elemento em um grupo já composto; (b) *dinâmica do controle*: a necessidade interpessoal de controle pode ser vista como um desejo de reconhecimento e valorização da diferenciação individual, em que as pessoas buscam demarcar os limites de autonomia e de determinação individual na interação com o outro e com o mundo; (c) *dinâmica do ajustamento*: referindo-se aos estudiosos do SAV, as autoras consideram que esta fase se caracteriza pelo amadurecimento das relações internas, de forma a permitir a aceitação e a interação das diferenças, sem ameaça à unidade grupal; (d) *dinâmica da avaliação*, que constitui uma fase de retomada, reaprendizado e transformação da realidade vivida.

As falas oriundas das entrevistas individuais revelam um comportamento cauteloso ou até reticente por parte dos participantes, que parecem não sentir-se à vontade ao manifestarem-se sobre essas relações. Os quatro primeiros depoimentos falam de uma relação relativamente harmoniosa entre as equipes profissionais, mas também podem representar a opção dos enfermeiros em ocultar os comportamentos dissidentes por terem desenvolvido um sentimento de inércia profissional e se

¹⁶ Um aprofundamento sobre o referencial filosófico e teórico-metodológico da Teoria Sócio-humanística e o sistema de aprendizagem vivencial pode ser encontrado na obra de B.C. Capella, F.L. Gelbcke e M. Monticello *Para viver e trabalhar melhor: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador* (Florianópolis: UFSC/CCS, 2002).

submetido aos mecanismos de controle social utilizados pela tecnoburocracia. No entanto, as três últimas falas, ainda que de forma cautelosa, comentam sobre os conflitos que permeiam essas relações no dia-a-dia das equipes de saúde.

Propositalmente, introduzimos nesta seção a fala de um mesmo participante (E-5) em dois momentos. No primeiro, é abordada a relação deste participante com o médico, sem menção a conflito. Em seguida, referindo-se à equipe médica e de enfermagem, o depoente expressa um grau de dificuldade no funcionamento do grupo e não vê seus integrantes como uma equipe. Enfatiza a importância do enfermeiro na realização da articulação entre o trabalho desses grupos. Nossa visão, de situar o enfermeiro como articulador das relações entre os grupos, é coincidente com a de Urbanetto e Capella (2004), quando consideram que o enfermeiro assume o papel de gerenciador das relações interpessoais que os trabalhadores da enfermagem estabelecem entre si, com os demais profissionais da área e com os sujeitos que procuram o serviço. Considerando o conteúdo expresso nos depoimentos, a estratégia do trabalho em equipe parece não estar sendo interpretada adequadamente pelo enfermeiro, que sugere a necessidade de discussões e reflexões sobre esse trabalho em grupo, para que esses enfermeiros possam tomar seu “trabalho multidisciplinar como objeto de fundação do trabalho em saúde, lugar de experiência profissional e ferramenta de apropriação de saberes e práticas e de transformação” (CECCIM, 2005, p. 271), habilitando-os assim a construir caminhos alternativos que permitam avançar na construção da integralidade da atenção. Sobre esses aspectos, o grupo focal expressa as seguintes visões:

“Eu acho que é um trabalho de equipe muito por conveniência, quando convém a alguém [...]. [...] falando da parte médica, eles não conseguem trabalhar sem a enfermagem, a equipe técnica.” (GRUPO FOCAL 2)

“Acho que eles consideram o enfermeiro como essencial para fazer cumprir a prescrição que eles estão impondo. Mas para discutir opinião, não, e ter alguém para ouvir também reclamações.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] já foi muito pior. Era como se tivesse uma barreira muito forte. Você não conseguia ter o diálogo mesmo.” (GRUPO FOCAL 2)

“Hoje a gente consegue na sutileza chegar e sugerir alguma coisa em relação à conduta clínica. Indagar sobre a situação do paciente sem ofender, a gente consegue algum resultado, mas, assim, é muito individual, depende muito do profissional que está lá, não a conduta da equipe dele. [...] afinidades, conhece mais, assim, um comportamento individual mesmo. Sempre tem aquele que aceita.” (GRUPO FOCAL 2)

As falas do grupo focal são mais expressivas em termos da profundidade dos conflitos. Pelo próprio movimento das discussões grupais, as falas registraram mais profundamente os aspectos que permeiam as relações de trabalho. Isso nos permitiu perceber que conflitos que haviam sido apontados de forma cautelosa ou velada nos discursos individuais se revestiram de crítica quando os enfermeiros analisaram as próprias vivências nas discussões do grupo focal. O modo como foram sendo descritas as percepções dos enfermeiros a respeito do trabalho em equipe correspondem ao entendimento de Fortuna *et al.* (2002, p. 277) de que “o trabalho em equipe em saúde, que normalmente se entende como algo harmônico, tranquilo, é na verdade uma efervescência de interesses, conflitos, acordos e desacordos”. Os dois primeiros depoimentos revelam aspectos restritivos, evidenciando rivalidades corporativas comuns nos trabalhos em grupo, cuja atuação não se pauta por princípios que verdadeiramente fundamentam o trabalho em equipe. Assim, comparecem questões relacionadas ao poder e à divisão social e técnica do trabalho, sem porém que os participantes as tenham relacionado à lógica

da organização do processo de trabalho em saúde. Observamos serem essas questões geradoras de muito sofrimento, até por conta da falta de conhecimento para interpretá-las adequadamente. Após analisar detalhadamente os conteúdos dos depoimentos, principalmente do último, ficou-nos clara a inexistência de um trabalho em equipe, embora o grupo utilize tal denominação ao se referir à organização do próprio trabalho.

Ao avançar na análise dos depoimentos pelos enfermeiros, encontramos um significativo volume de conteúdos que expressam a relação entre gerência e cuidado. Para a enfermagem, o termo ‘cuidado’ tem origem em Florence Nightingale, que, ao dar destaque às ações de cuidado, marcou o início das preocupações da enfermagem com sua identidade profissional. De acordo com Waldow (1992), cuidado significa atenção, preocupação para, responsabilidade por, observação, afeto e amor. Ações que não incorporam esses valores não seriam consideradas ações de cuidado. Ao continuar a construção de nosso entendimento sobre o tema, encontramos em Baggio (2007) a explicação de que o cuidar se manifesta em resposta a determinada pessoa ou coisa a quem ou à qual o cuidador percebe como importante e valiosa para si. O cuidado humano encontra-se subjacente aos valores sociais; além da competência técnica com que deve ser desenvolvido, é preciso priorizar a harmonia, a liberdade, o respeito e a autonomia do outro e de si.

Ayres (2004) corrobora esse entendimento ao enfatizar a importância do espaço relacional profissional–usuário e o uso das tecnologias leves na forma como se organizam as práticas de atenção à saúde, possibilitando a emergência da subjetividade do outro. Seguindo essa lógica de argumentação, o cuidado ganha materialidade na atitude dos profissionais frente ao usuário, nas tecnologias

priorizadas na construção de projetos de intervenção e mediação entre as várias possibilidades tecnológicas e no sentido prático para o usuário como sujeito em seu modo de conduzir a vida. Assim, inseriremos a seguir as discussões relativas a um novo aspecto: a interface entre gerência e cuidado no hospital. Vejamos esse aspecto inicialmente nas falas colhidas nas entrevistas individuais:

“Sempre houve e há uma discussão de quem que a gente está assistindo. Se a gente vai assistir a doença, o paciente ou a família. Aqui se trata da doença; num geral se trata da doença, não trata do paciente numa visão holística.” E-8 (13, 14)

“Eu sempre defendo os direitos dos clientes e os faço ver [aos funcionários] que estão nos seus direitos quando exigem algo do serviço.” E-1 (45)

“[...] são pacientes totalmente dependentes. Então o pessoal fica muito mecânico — “eu vou dar banho, fazer curativo, fazer relatório” (tarefas) —, são muitos afazeres e a gente perde o lado humano da coisa.” E-9 (12)

“[...] a gente tem o papel de cuidador, mas vendo o lado humano também da pessoa, entendendo o momento dela. Trabalho isso com o funcionário, a situação da mãe, as características do alojamento conjunto, os limites impostos pela internação, a norma rígida que leva as mães a apresentarem esses comportamentos.” E-2 (11, 14)

“É tentar mudar o comportamento da gente, a atitude, porque humanizar não implica em mudar só a estrutura física e recursos materiais se não mudar o coração também.” E-4 (19)

A primeira fala apresenta uma situação de inquietação do entrevistado, que se questiona sobre os valores e crenças que orientam a prática assistencial no setor e se reconhece, no grupo, oferecendo serviços que não contemplam a dimensão humana do cuidado. O conteúdo expresso nesse depoimento nos remete ao entendimento de que a organização da prestação de serviços, no modelo biológico, privilegia a objetivação dos problemas de saúde e desenvolveu tecnologias no sentido da exploração dos aspectos biológico-mecânicos, produzindo intervenções

nesse âmbito (CAMARGO JR., 2003; SILVA JUNIOR, 2006). Analisando os três primeiros depoimentos, podemos inferir, amparando-nos nas proposições de Ayres (2004), que os profissionais não estão elegendo tecnologias leves para orientar o cuidado nos setores em que trabalham. As falas seguintes relacionam a falta de humanização com as condições dos pacientes ou com aquelas a que são submetidos os acompanhantes. No entanto, parece que os enfermeiros, nos dois últimos depoimentos, comparados com os primeiros, trabalham as questões que se relacionam com a humanização do cuidado de uma forma mais personalizada, menos técnica. Conseguem verbalizar concretamente suas preocupações relacionadas à humanização e expressam o entendimento de que não basta preocupar-se com a estrutura física ou com a disponibilidade de recursos materiais para praticá-la, apontando que a prática da humanização requer que se exercitem os sentimentos de humanidade do próprio profissional. As falas por vezes denotam certa dificuldade em executar o cuidado tendo como referência a dimensão humana. Parecem estar se referindo a coisas distintas, quando na verdade o cuidado é o mesmo, apenas revestido de um modo diferenciado de fazer, tomando o usuário e as suas necessidades como o eixo que direciona as atividades profissionais.

Sendo assim, os serviços que se organizam priorizando o uso das tecnologias leves transformam o cuidado em unidade nuclear de saberes e práticas que conduz à integralidade da assistência e que, longe de configurar um conjunto de procedimentos ou atitudes isoladas, revela-se como fio condutor de sua construção na atenção à saúde (AYRES, 2004).

Os registros revelam que os enfermeiros estão atentos ao trabalho, juntamente com a equipe, convivendo com os conflitos e reflexões acerca da humanização do cuidado. Entretanto, as falas evidenciam uma inquietação dos enfermeiros com as

questões que se relacionam com as práticas de humanização. O conteúdo destes depoimentos parece sugerir dificuldades:

“Dentro do possível a gente tenta oferecer uma assistência humanizada ao paciente e ao acompanhante, porque agora lá no meu setor tem o acompanhante.” (GRUPO FOCAL 2)

“E esta questão do tratamento com o paciente é uma das coisas que eu mais cobro.” (GRUPO FOCAL 2)

“O funcionário tinha que ser mais bem preparado para atender o acompanhante [...]. [...] isso é cultural, eles têm restrição ao acompanhante mesmo, porque na visão deles o acompanhante incomoda, acham que ele vai questionar e ele vai questionar mesmo. Ele está no direito dele.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] a nossa maior dificuldade é encontrar um tempo para orientar o acompanhante, talvez a convivência dele fosse mais fácil se ele fosse mais bem orientado. Eles não têm noção e acham que aqui é a casa deles, ficam andando, olham os outros pacientes. Eles também têm essas manias, essas curiosidades.” (GRUPO FOCAL 2)

“Eu acho que o funcionário não tem essa relação de ir lá explicar, eles não têm tempo de chegar e orientar mesmo, estão sobrecarregados e não conseguem orientar o acompanhante e aí este fica estressado, nervoso, porque ele não entendeu o que está acontecendo com o paciente.” (GRUPO FOCAL 2)

Nas falas individuais, os enfermeiros analisaram questões relacionadas à humanização contextualizando-as em uma visão geral que contempla a atuação do conjunto dos trabalhadores. No grupo focal, porém, as análises se voltaram mais às ações dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Os participantes desse grupo apontam uma significativa lista de possíveis causas da falta de humanização, incluindo a questão cultural, a falta de preparo dos funcionários para orientar os acompanhantes, a sobrecarga de trabalho que restringe a disponibilidade de tempo para orientações e o reconhecimento do direito do acompanhante de ser esclarecido.

Cabe antes de mais nada ressaltar que nenhuma das falas, individual ou do grupo, indica que os indivíduos, ao se pronunciarem, se apóiam em diretrizes institucionais. Muito pelo contrário, expressam comportamentos em defesa do que individualmente acreditam ser certo ou errado. O conteúdo aqui presente nos remete às questões discutidas anteriormente sobre a ausência de um projeto que direcione o trabalho institucional, o que se torna mais crítico se considerarmos que a instituição está passando por um processo que visa o cumprimento das exigências do Ministério da Saúde quanto à política de humanização da assistência no ambiente hospitalar — o HumanizaSUS. Como vimos, na concepção original da política de humanização está implícito o interesse com a gestão. Deduz-se que a implementação dessa política requereria estratégias de gestão específicas, mas parece prevalecer a falta de direcionamento institucional. O trabalho do enfermeiro na gerência também não conta com um direcionamento, fato este que dificulta a implementação das mudanças proposta pelo ministério. No conjunto, as falas dos enfermeiros, tanto nas entrevistas individuais como no grupo focal, a respeito da forma como os clientes são percebidos constituíram um significativo levantamento de problemas, evidenciando que o reconhecimento pelos enfermeiros de que o trabalho assistencial que conduzem não contempla as necessidades ligadas à dimensão humana.

O termo ‘humanização’ tem sido usado constantemente no âmbito da saúde, designando um conjunto de iniciativas que geralmente promovem formas de assistir que valorizam a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente e sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento profissional e do diálogo intra e intequipes. Ainda assim, o termo não conta com uma definição clara (DESLANDES, 2004).

O documento oficial que formaliza a proposta de humanização dos cenários assistenciais contém idéias-eixo que visam orientar os investimentos em torno da questão, mas a idéia predominante é aquela em que o “fator humano” é considerado o mais estratégico. Para Mattos (2008), “a humanização é uma operação de resgate das relações e será sempre relacional com as pessoas, com a técnica e com os ambientes”. Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou chamar de humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas. Deslandes (2004) pensa que, se o considerarmos positivamente, esse movimento pode ganhar contornos de uma nova práxis¹⁷ para a assistência. Nos próximos depoimentos os enfermeiros continuam a abordar questões pertinentes à humanização:

“As funcionárias do andar eu considero que são muito competentes. Elas não fazem mais porque não têm condições. São qualificadas dentro do possível, são atenciosas com as pacientes [...]. [...] todo mundo tem que fazer a sua parte e temos bastante dificuldade para incluir médico. Eles atendem a paciente, tentando cumprir a toque de caixa os aspectos técnicos.” E-4 (12, 24)

“O problema maior é o relacional, [relações entre o funcionário e os acompanhantes] a questão delas estarem se medindo, [...] disputando poderes: ‘Eu posso mais, mas ela não pode falar assim comigo!’.” E-2 (18)

“[...] nas discussões que temos feito, a gente entende a falta de humanização no atendimento como uma precarização do nosso atendimento [...], a gente vê necessidade de uma melhora nessa parte de humanização e oferecer um ambiente mais propício ao cuidado do paciente.” E-5 (27, 29)

O primeiro depoimento parece descrever a existência de uma mobilização da equipe de enfermagem em direção a cuidados mais humanizados. Considerando que tanto a equipe médica quanto a de enfermagem participem do processo

¹⁷ Segundo Vasquez (1997), a práxis é uma atividade humana implicada na intervenção da consciência que se efetiva na ação.

assistencial tendo como referência modelos de atenção que não têm o usuário como centro, o conteúdo desse depoimento parece revelar maior facilidade da enfermagem em aderir às práticas humanizadoras e registra dificuldade em obter a colaboração do profissional de medicina. Campos (1992) registra a percepção dessa mesma dificuldade de inserção de médicos em programas de atenção integral, quando discute uma seqüência de obstáculos para o adequado funcionamento do SUS. Nos dois últimos depoimentos, os enfermeiros descrevem dificuldades da equipe de enfermagem no campo das relações humanas e da adequação do ambiente às necessidades do cuidado, contemplando as dimensões explícitas no conceito de humanização já apresentado. Nos próximos depoimentos os enfermeiros continuam a apontar medidas que possam favorecer o oferecimento de ambientes e práticas mais propícios à humanização do cuidado:

“[...] adequar estrutura física, proporcionar um ambiente mais privativo para a permissão do acompanhante. Tem algumas coisas que tem que adequar, no sentido de estar melhorando a qualidade da assistência que se dá em relação à humanização [...], mas está meio limitado, porque o chefe do serviço está sensibilizado para a mudança necessária, mas a instituição, também através da administração, não dá as condições.” E-4 (7, 8, 9)

“Humanização tem que vir da empresa. Se você não consegue humanizar o seu funcionário, ele nunca vai ser humano com o paciente. Eles precisam ter toda essa cadeia de necessidades resolvidas para enxergarem essa importância.” E-9 (23)

“É muito difícil justificar uma visita fora das normas, independentemente do prognóstico do paciente. Quer dizer: cadê a humanização? Dependendo do caso, eu abro exceções.” E-8 (15)

No primeiro desses depoimentos, as mudanças na estrutura física são apontadas como desejáveis por permitirem transformar os espaços do hospital em ambientes mais acolhedores e favoráveis à implantação de práticas humanizadoras da assistência. O segundo depoimento se refere ao tratamento inadequado dado

aos trabalhadores, em termos dos aspectos humanos das relações. Apesar do conflito explicitado no discurso do enfermeiro que entende a humanização pela ótica da abordagem funcionalista, o fato é que as estruturas sociais são também produtos humanos e, em tese, poderiam ser refeitas mediante trabalho e esforço. Há de fato um paradoxo nessa caracterização. De qualquer modo, tende-se a qualificar como desumanas as relações sociais em que haja grande desequilíbrio de poder, e o lado poderoso se aproveita dessa vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o à situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante (CAMPOS, 2005). É pertinente acrescentar que o trabalhador é alguém que trabalha para viver ou sobreviver e muitas vezes se submete a dois empregos ou a três turnos de trabalho para tão somente garantir um mínimo para a sobrevivência, com pouco ou nenhum espaço para realizar escolhas e construir projeto (FORTUNA *et al.*, 2002), além de submeter-se a trabalhos desfavoráveis à promoção ou manutenção da própria saúde. O terceiro depoimento se refere à dureza das normas de serviço que dificultam ou ao menos deixam de estimular a oferta de uma assistência humanizada. Quanto a isso, as falas do grupo focal também são reveladoras:

“Outra coisa que precisa discutir é a visita médica, gente! Tem turma de dez alunos a discutirem o caso em cima do paciente. As outras duas pacientes ficam sabendo tudo sobre a outra, é chato isso. Como que vamos humanizar a assistência desse jeito? Isto é uma falta de ética.” (GRUPO FOCAL 2)

“Essa coisa da comunicação acontece com o médico: ele não tem aquela coisa de parar, de falar com a família; faz tudo muito rápido e o enfermeiro tem que estar dispondo de tempo para complementar essa parte.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] como que você vai humanizar o ambiente, oferecer a humanização do atendimento, quando o próprio funcionário recebe um tratamento

desumano. Se a empresa não tem uma filosofia centrada na humanização do funcionário, então é complicado.” (GRUPO FOCAL 2)

Além das questões já colocadas quanto aos limites da promoção da assistência humanizada, o primeiro depoimento aponta dificuldades na articulação entre as atividades de ensino e de serviço. O relato parece denunciar que a prática assistencial e a prática de ensino não se orientam pela mesma lógica. Expressa também que a prática do ensino médico parece desenvolver atitudes desfavoráveis às ações que promovem a humanização do cuidado. O segundo depoimento reforça a dificuldade com o profissional médico e coloca o enfermeiro como o membro da equipe a quem cabe completar o atendimento, atendendo ao direito à informação. No entanto, não entendemos a atividade do enfermeiro, referida nesse depoimento, como “complementar” ao trabalho do médico. Cada profissional tem seu espaço de atuação na comunicação com o usuário e o modo de conduzir-se no processo é peculiar a cada um dos profissionais e amparado em referenciais específicos. A promoção da humanização requer que o “fator humano” seja tomado como eixo orientador das práticas profissionais da atuação do enfermeiro, seja na dimensão assistencial ou gerencial. No terceiro depoimento o grupo focal registra a convicção de que se não houver incorporação de novos valores aos princípios que orientam a relação empresa–funcionários não haverá mudança.

Os depoimentos que tratam da humanização revelam dificuldades que permeiam o cotidiano do trabalho dos grupos e indicam a necessidade de constante vigilância e preparo dos profissionais:

“A humanização é uma questão que precisa ser trabalhada com todas as profissões que estão envolvidas com o paciente [...]. [...] quando cuidam de paciente têm que estar pensando nisso.” E-9 (14)

“As questões da humanização estão sendo treinadas pela educação continuada. Fiz um treinamento para a enfermagem com relação à mudança de decúbito do paciente, e acrescentamos aí a questão do toque, a maneira de tocar o paciente, a importância do toque e de não passar para o paciente no toque o estresse pessoal, não tocar no paciente de qualquer jeito, virar de qualquer jeito.” E-9 (20)

“[...] capacitações direcionadas à maternidade e que são obrigatório participar, a gente é liberada [...]. [...] reuniões mensais do Conselho de Mortalidade Materna, essas são coisas que a gente tem que estar participando.” E-4 (42)

Diríamos que as falas são reveladoras da necessidade de investimento, em termos de preparação para a humanização, nos quadros de pessoal em todos os níveis de formação. Ao que parece, os investimentos neste campo são ínfimos. Para dar ênfase ao exposto pelos enfermeiros, vamos resgatar um trecho do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que descreve que as tecnologias e os dispositivos organizacionais não funcionam sozinhos — sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano (BRASIL, 2000a). A instituição pesquisada tem à frente, portanto, um grande desafio: ampliar as possibilidades de preparação de pessoal.

Outro aspecto do conteúdo dos depoimentos que requer reflexão é a natureza da ação educativa utilizada: o “treinamento”. Esse tipo de atividade constitui ação sistematizada de capacitação e adaptação do indivíduo em uma situação profissional específica, e é empreendida em curto prazo (CARVALHO, 1999, *apud* PERES *et al.*, 2005). Conceitualmente, é incompatível com a necessidade da situação descrita nos depoimentos — o desenvolvimento de atributos psicológicos e atitudinais dos profissionais — e principalmente incompatível com o que propõe a atual visão da Educação Permanente em Saúde. Mesmo apontando esses aspectos limitantes, não podemos esquecer que também foram

percebidas nas falas expressões de preocupação e compromisso de enfermeiros individuais e mesmo da equipe de enfermagem com aspectos relativos à humanização da assistência ao usuário:

“Na parte da assistência a gente zela por tudo da criança: a equipe com a criança, os cuidados com a criança, a organização da enfermagem, a limpeza, os medicamentos na hora certa, inalação e toda a terapêutica. Isto a gente zela o tempo todo e cumprem. Elas cumprem.” E-2 (17)

“[...] tem essas dificuldades das coisas que faltam, mas a gente continua atendendo. Não tem isso, vamos fazer aquilo, vamos dar um jeito e continuar assistindo [...], então eles se angustiam para atender as necessidades dos clientes.” E-1 (34, 41)

“[...] aqui no setor eu posso até faltar, mas eles sabem colocar tudo em dia sem deixar nada por fazer. Eles têm esse compromisso de resolver a situação do cliente da melhor maneira.” E-3 (15)

“Tem enfermeiro que na hora da visita fica atento e procede a um acompanhamento adequado, principalmente para aqueles mais graves, e a gente já viu reações ótimas de agradecimento da família pelo apoio oferecido, mesmo para dizer que infelizmente não está se obtendo sucesso.” E-9 (17)

“Então o retorno que a gente tem dos pacientes dos familiares é muito satisfatório. Normalmente falam que foram bem atendidos não só no aspecto da doença, mas a forma como foi atendido.” E-7 (10)

Embora essas falas expressem a percepção dos enfermeiros sobre o compromisso de sua equipe com o cumprimento dos cuidados necessários, não dão indícios de que a noção de cuidados vá além da esfera física. É claramente expressa a confiança que os enfermeiros têm de que a equipe faz o máximo possível para cumprir a rotina de trabalho. No entanto, a situação requer que se ressignifique a noção de cumprimento do deveres profissionais, pois a compreensão expressa pelos enfermeiros pode ser interpretada como de aquiescência ou até acomodação e estar pautada apenas pelo cumprimento de tarefas, o que não

satisfaz necessariamente as demandas do usuário. No entanto, os dois últimos depoimentos evidenciam a existência de comportamentos profissionais favoráveis à humanização das ações de cuidado, sendo essas preocupações reconhecidas pelas famílias.

Embora exista uma política do Ministério da Saúde que visa a humanização das práticas de saúde em instituições hospitalares e que se faz presente em alguns setores, como já mostrado em algumas falas, as iniciativas resultantes dessa política não foram capazes de mobilizar a instituição pesquisada e provocar as mudanças necessárias. Segundo os depoimentos, as providências necessárias extrapolam a capacidade gerencial do nível decisório em que se encontram os enfermeiros participantes do estudo e nos faz pressupor certa fragilidade nas possibilidades de sucesso do empreendimento.

Compartilhamos o entendimento de que a função administrativa do enfermeiro tem sido reconhecida como fundamental para o bom funcionamento das instituições de saúde (FERRAZ; MARTINS DO VALLE, 1999), de que é exemplo a significativa ampliação, nas últimas décadas, de cargos gerenciais ocupados por enfermeiros na instituição em estudo. No entanto, os conteúdos dos discursos, em todas as subcategorias revelam que a atitude dos enfermeiros em relação ao processo de gestão das práticas assistenciais tem sido tímida, não correspondendo à valorização que lhes foi potencialmente atribuída.

PARTE II

3.2. A ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Nas entrevistas realizadas na rede básica de saúde, foi significativa a percepção do modo como se articulam os afazeres do enfermeiro no cotidiano de trabalho e a política de saúde. Tais conteúdos puderam ser agrupados de modo a caracterizar a relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na atenção básica.

Seqüenciamos tais conteúdos em uma ordem que nos parece descrever como os enfermeiros percebem a mudança na oferta dos serviços de atenção à saúde em função da implantação da proposta assistencial prevista pelo SUS, bem como algumas inconformidades da estrutura dos serviços que dificultam sua efetivação:

“[...] o acesso [da população] era muito difícil, o direito era garantido somente às pessoas que tinham seguro [...]. [...] a população precisa fazer o papel dela e a educação tem que ter um papel importante. Tem toda uma estrutura social que precisa funcionar. Ampliou o acesso da população, melhorou a infra-estrutura das unidades, a gerência na unidade básica, a distritalização e facilitou a administração de todo o processo.” E-14 (12, 13, 14)

Esse depoimento relata a forma como a assistência à saúde era anteriormente organizada, quando o acesso aos serviços de atenção à saúde era garantido somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. No novo sistema, foi ampliado o acesso da população a esses serviços, e o excerto também registra melhorias na infra-estrutura dos serviços, viabilizadas com a distritalização e a organização interna das unidades, incluindo as gerências da unidade e do sistema.

Para esse enfermeiro, parece ser muito claro que as mudanças ocorridas decorreram do direcionamento da Política Nacional de Saúde, e demonstra compreender como os serviços são operacionalizados. Ele também discorre sobre alguns dos princípios e ainda aponta a importância do espaço para a participação da população enfatizando a importância da educação para que isso se efetive.

Os próximos depoimentos analisam o funcionamento do serviço na perspectiva da integralidade da assistência:

“Referência? Isso faz falta. A gente não tem contato com o hospital. Então cartinha de contra-referência, nenhuma. Agora, para outros serviços especializados, é o paciente que dá esse retorno e volta para marcar o retorno aqui. Mesmo o CEM [Centro de Especialidade Médicas] estando na rede, não funciona a contra-referência. E o sistema é muito mal alimentado.” E-11 (44, 45, 46, 47)

“E por outro lado o sistema tem que facilitar mais, melhorar a estrutura de referência e contra-referência, encaminhamento, e oferecer este apoio que a gente precisa [...], porque não tem essa rede de apoio funcionando.” E-18 (33, 34)

“O médico do PSF é generalista, não tem o especialista, mas a gente tem as referências para fazer ultra-som, acompanhamento do diabético, que hoje praticamente é o CEM, mas a gente tem muita dificuldade na contra-referência.” E-17 (40)

“A gente não faz o acompanhamento no hospital. A gente faz aqui depois que o paciente tem alta. Uma visita domiciliar. Até tem um impresso de avaliação que a gente faz com o paciente.” E-12 (41)

“Nós fornecemos os dados e a instituição faz o perfil epidemiológico. Por exemplo, nós temos 300 idosos na minha área, mas programa específico para o idoso não temos. Nenhuma unidade de rede está preparada ou tem uma estrutura para dar resposta às necessidades da população. O apoio dado pelas especialidades ainda é centralizado.” E-14 (28, 29)

Esses depoimentos esmiúçam alguns aspectos que se relacionam com a integração dos serviços de saúde por meio de redes assistenciais para o

funcionamento do SUS. Cada um dos enfermeiros, de forma muito pessoal de olhar para o funcionamento do SUS, emite opiniões sobre a proposta assistencial prevista nesse sistema, tendo como referência os problemas constatados no cotidiano. Ainda assim, as questões relativas ao cumprimento ou não dos princípios continuaram sendo colocadas. Antes, porém de discutir os conteúdos desses depoimentos, é preciso compreender o significado do trabalho em rede, com apoio do pensamento mais recente dos estudiosos da área de saúde.

O modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção, da atenção básica à média e à alta complexidade, precisa ser revertido. Esse modelo piramidal tem conseqüências perversas na prática cotidiana do SUS e se assenta numa concepção teórica equivocada. Portanto, a consideração da atenção primária à saúde como atenção básica, menos complexa que os níveis de média e alta complexidade, não se sustenta. Não é verdade que os procedimentos da atenção primária à saúde sejam menos complexos que os considerados de média e alta complexidade. São decerto menos densos tecnologicamente, mas muito complexos (BRASIL, 2006).

Hoje, a concepção vigente compreende a estruturação de redes horizontais de atenção à saúde. Na concepção de redes, não há hierarquia entre os diferentes nós da rede sanitária, mas todos são igualmente importantes para os objetivos do sistema, devendo essas redes ser estruturadas segundo princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e em uma relação dialética entre si. Elas deverão responder, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população. Assim, podem ser organizadas em arranjos híbridos que combinem a concentração de certos serviços com a dispersão de outros (BRASIL, 2006). A rede

é movimentação, fluxo e flexibilidade, gerando um conjunto dinâmico de produtos de cultura (BRASIL, 2005b).

Os dois primeiros depoimentos deixam claro que a hierarquização e descentralização são fatos, sem que, porém, haja funcionamento adequado da referência e contra-referência. Isso significa que a macroestrutura do sistema está montada, embora falte a esses serviços a incorporação do princípio do funcionamento em rede, em que se pressupõe existir um sistema integrado de informação a alimentá-la, garantindo seu funcionamento de fato. No segundo depoimento, o enfermeiro revê alguns itens já apontados como fatores que dificultam a efetiva implantação do SUS e vai além, ao apontar a necessidade do funcionamento de toda uma infra-estrutura que caracterize de fato o sistema como uma estrutura em rede. O terceiro depoimento reforça as dificuldades em relação à referência e contra-referência e o penúltimo acrescenta que a sistemática tampouco funciona no hospital, apontando a forma como o serviço acompanha os usuários que se submeteram à internação hospitalar. O último depoimento revela que os serviços da Secretaria ainda não se encontram estruturados para o atendimento a alguns segmentos da população, o que é exemplificado com o atendimento aos idosos, ainda centrado na especialidade, não configurando o atendimento previsto na política nacional de assistência a essa população. Um aspecto de interesse neste momento da discussão é a falta de articulação entre o nível central e as unidades em termos de respostas à demanda, o que dificulta a concretização da integralidade da atenção à saúde. Também fica claro no depoimento que o trabalho assistencial ainda não se orienta pelas necessidades epidemiológicas da população, ou seja, o levantamento do perfil epidemiológico constitui tão-somente um trabalho burocrático.

Adentrar aos conteúdos que tratam do controle social nos remete ao reconhecimento de que em Campo Grande o Conselho Municipal de Saúde tem competência para examinar e aprovar as diretrizes políticas de saúde para que sejam alcançados seus objetivos, em conformidade com o que assegura a legislação pertinente. No entanto, nos depoimentos não se identificaram conteúdos relacionados ao Conselho Municipal de Saúde, mas sim ao Conselho Gestor da unidade:

“O Conselho pode-se dizer que está no início, porque aqui o Conselho Gestor nunca funcionou. Tem na composição do Conselho representantes dos vários segmentos. Até agora eu não consigo entender assim, essa relação deles com o nosso trabalho.” E-20 (30)

O depoimento demonstra que a legislação referente à descentralização da gestão foi formalmente cumprida, existindo um Conselho Gestor na unidade. O enfermeiro reconhece que, embora constituído, o Conselho não funciona, e talvez por isso o entrevistado não perceba a relação entre as atividades deste e o trabalho das equipes na unidade. Nos próximos depoimentos, os enfermeiros abordam aspectos que se relacionam com a percepção de mudança do modelo assistencial, bem como o uso de metodologia para a realização do plano de ação, tendo como referência o perfil epidemiológico. Tais depoimentos aprofundam as análises realizadas pelos enfermeiros:

“Participar da implantação do novo modelo assistencial é muito abrangente. Tudo que acontece na área os agentes trazem pra gente. O que mudou é que agora a gente vai até o paciente; antes não saíamos. Conheço os moradores, sei o problema de cada um. O posto não funciona para atender as necessidades da população. Independente dos dados que eu tenho, não vai mudar a estrutura da unidade.” E-15 (1, 2)

“Com certeza, o perfil epidemiológico da população tem impacto nas nossas ações. O PSF trabalha todos os programas que tem no Ministério. Só que

assim: é lógico que as ações são voltadas para as prioridades da comunidade e depois que a gente começou fazer esta Escala de Coelho facilitou muito o trabalho nosso. Então esta metodologia ajudou o trabalho de todos porque se discute em conjunto cada família, até mesmo para priorizar as suas ações.” E-17 (12, 13)

No primeiro depoimento, o enfermeiro vai gradualmente apontando como se processa seu trabalho rumo ao atendimento às necessidades da população e comenta que apesar de sua disposição pessoal, a unidade não pactua desse mesmo propósito. Parece haver um cenário de aparências, em cujos bastidores se limita a possibilidade de que o trabalho das equipes venha a influir positivamente sobre a realidade. Isso se mostra na certeza com que o depoente expressa que “o posto não funciona para atender as necessidades da população”. Estaria tal impossibilidade localizada nas inconformidades do sistema como um todo? Qual é a estrutura que absorve as demandas da base? Que forças são essas que, embora veladas, impedem que a unidade funcione de modo a atender as necessidades da população? De fato, constata-se o município de Campo Grande convive com diferentes realidades quando se analisa a atenção básica oferecida. Em algumas unidades, o processo de mudança do modelo assistencial se encontra mais avançado que em outras. Nas unidades de saúde em que está implantado apenas o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS), a organização dos serviços obedece à lógica tradicional, ou seja, de caráter biologicista, centrada no saber médico e na cura da doença. No segundo depoimento, o enfermeiro afirma que os serviços de sua unidade estão organizados para o atendimento das necessidades de sua comunidade, tendo como referência o perfil epidemiológico, o que revela que já houve avanço na organização do trabalho, que nessa unidade está voltado ao atendimento das necessidades da comunidade. Trabalhar a assistência à saúde, referenciando as ações desenvolvidas nas necessidades da população, caracteriza

avanço em direção ao proposto pelo SUS. O enfermeiro relata o uso de uma sistemática que organiza o trabalho assistencial da equipe, sendo as prioridades de atendimento centradas nas necessidades de assistência das famílias e consistindo da aplicação do instrumento denominado Escala de Coelho. Esta, segundo seus criadores, é um instrumento simples e eficiente de priorização das visitas domiciliares, no qual o risco familiar é estabelecido segundo informações-sentinela, permitindo avaliar as situações que estejam expostas as famílias no dia-a-dia e, desse modo, atribuir pontuação ao risco familiar¹⁸.

Continuando a explorar os afazeres do enfermeiro no cotidiano da gerência, e averiguando em que medida estes se orientam pelas políticas oficiais, encontramos as seguintes falas:

“O PSF, ele bem trabalhado, diminui bem essa demanda nos postos 24 horas e hospitalar. A nossa população procura as unidades de 24 horas, mas a gente não tem conhecimento do volume de atendimentos que são feitos lá oriundos daqui. Então tem uma demanda reprimida e ela varia com a sazonalidade. Eu acho que no posto devia ter um médico a mais para resolver esses casos e amenizar a livre demanda e não encaminhar para os postos 24 horas e aproveitar a estrutura aqui.” E-18 (35, 36)

“O PSF veio para mudar esse especialismo que nós estamos com ele aí, sufocados, não é? Os postos 24 horas lotados. Eu acho que o PSF está aqui pra gente acabar com isso. Está se tentando não sabe se vamos conseguir, mas a nossa intenção é fazer a prevenção aqui na ponta para evitar essa demanda altíssima nos 24 horas e nos hospitais, tudo lotado.” E-20 (1)

No primeiro depoimento, o enfermeiro situa sua compreensão apontando uma das finalidades do PSF: a de reduzir a possibilidade de agravamento das condições de saúde da população, evitando a necessidade de atendimento ambulatorial e hospitalar e promovendo as unidades básicas como portas de entrada

¹⁸ COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/Escaladerisco.doc>>. Acesso em: 7 abr. 2008.

do sistema, para resolução da maioria dos problemas. Reconhece que a população de sua área demanda os serviços das unidades 24 Horas (atendimento ambulatorial), embora não se disponha de registro do volume dessa demanda, e relaciona o aumento da demanda a essas unidades em função da sazonalidade. Expressa-se favoravelmente à inserção de um profissional médico na unidade para o atendimento do que é designado como de livre demanda ou dos agravos, que são os atendimentos sem agendamento prévio. Essa proposta do entrevistado visa diminuir a demanda às unidades 24 Horas e aproveitar a infra-estrutura da unidade básica de modo a responder às necessidades da população de forma mais efetiva. Em síntese, esse enfermeiro consegue contextualizar as dificuldades da unidade em cumprir os objetivos do PSF em relação à organização do atendimento no local e ainda propõe alternativas para uma melhor organização, tendo em vista viabilizar o alcance dos princípios do SUS. No segundo depoimento, o enfermeiro revela entender que o trabalho da equipe se vincula a um propósito maior da política de saúde. É enfático ao falar da intenção de acabar com as altas demandas aos serviços ambulatoriais e hospitalares.

Para melhor entendermos os diferentes olhares sobre a realidade, vamos analisar os próximos depoimentos:

“Os postos 24 horas são grandes ambulatorios e eu acredito que isso só vai mudar quando mudar a qualidade de vida dessa população. Não é a quantidade de serviço [de saúde] que vai melhorar isso. E você não muda isso de uma hora para a outra. De quando nós viemos para cá, já melhorou muito: asfalto, canalização do córrego; o índice de diarreia caiu acentuadamente.” E-15 (25, 26)

“O resultado do trabalho em saúde pública não é imediato, mas eu acho que melhora, sim. A gente acompanha, sim, a situação de saúde da nossa população — é claro com o agente, porque o enfermeiro não dá conta. Fica

aquela angústia, porque você quer fazer mais coisas e não consegue. Tem que contar com as escolas e creches.” E-14 (9, 10)

No primeiro depoimento, o enfermeiro explicita sua visão de que o processo saúde–doença se vincula às condições de vida da população, justificando com isso o ritmo lento com que as mudanças se processam. Revela assim não acreditar que o volume da oferta de serviços de atenção possa ter alguma influência sobre a redução das demandas. Faz uma avaliação positiva das mudanças percebidas na comunidade em termos de infra-estrutura urbana, mas não menciona a intersetorialidade para o trabalho com essas questões da infra-estrutura urbana, possibilidade essa que melhoraria as condições de vida e promoveria o bem-estar. Papoula (2006) corrobora esse entendimento quando diz que o conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988, relaciona saúde a qualidade de vida, reconhecendo as determinações políticas, econômicas e sociais dos processos saúde–doença. Assim, a intersetorialidade é uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade, envolvendo os diversos setores: educação, saúde, trabalho, habitação, meio ambiente e outras dimensões sociais. Isso, segundo a autora, levaria ao suprimento de necessidades sociais complexas da população, as quais um único setor não seria capaz de resolver, requerendo-se a ação articulada de diversos setores para a promoção de desenvolvimento social. No segundo depoimento, o enfermeiro corrobora o primeiro ao entender que os resultados do investimento do trabalho no campo da saúde pública são alcançados a longo prazo. Em seguida, expressa preocupação com a situação de saúde da comunidade e com a oferta de serviços, os quais não se limitam aos de saúde, mas incluem escolas e creches, ou seja, toda uma infra-estrutura que contribui para a melhoria das condições de vida da comunidade. Em outras palavras, o depoente vê as possibilidades da intersetorialidade.

Outro aspecto que emergiu na análise foi o compromisso social dos profissionais:

“O PSF é muito bom, desde que seja bem conduzido pelo profissional. Ele é muito bom para a população desde que tenha profissionais que se envolvam com a situação, que tenham conhecimento para ajudar a população a resolver os problemas.” E-18 (13, 14)

Esse depoimento reforça o que outros já expuseram sobre as inconformidades do sistema. O enfermeiro revela acreditar que o PSF traz em si uma proposta bem-intencionada para resolver os problemas de saúde da população. No entanto, condiciona o adequado funcionamento do programa às intenções, compromissos e preparo dos profissionais que o conduzem, em todos os níveis. No grupo focal, por sua vez, emergiu a preocupação com questões de ordem política que permeiam a organização do trabalho:

“Eu trabalho na área da saúde, desde 89 e na época não era distrito. Hoje a gente tem enfermeiros em todas as unidades, gerentes em todas as unidades. Existem falhas, a gente sabe, já estamos caminhando para vinte anos daquilo lá, então a coisa mudou e acredito que para melhor [...]. [...] o gerenciamento está muito atrelado à questão política também; existem gerentes totalmente despreparados. Então precisa estar revendo de que maneira a gente pode estar conciliando o nosso trabalho com esta questão política.” (GRUPO FOCAL 3)

“Os enfermeiros na rede não têm um trabalho de tentar buscar em conjunto melhoria para a profissão deles, [...] ao longo desses 10 anos que estou na secretaria [como enfermeira], nós passamos por poucas reuniões de enfermeiros, questão de reivindicação de salário, de condições de trabalho. A gente precisa rever o nosso posicionamento e tomar uma atitude diferenciada com relação a isso.” (GRUPO FOCAL 3)

Nas discussões do grupo focal evidenciaram-se diferentes formas de ver a articulação entre a definição de “profissionais” para ocupar os cargos gerenciais e os aspectos político-partidários que interferem nesse processo, embora os participantes

tenham avaliado positivamente a evolução da organização dos serviços de saúde pública. A questão das “indicações políticas” para ocupação dos cargos na rede de serviços constitui um ponto que dificulta o avanço das políticas de recursos humanos no SUS. Isso infelizmente não ocorre apenas em Mato Grosso do Sul. Vanderlei (2005), ao estudar o gerenciamento na estratégia da saúde da família no Maranhão, constatou que todos os gerentes da rede de serviços ascenderam a seus cargos por indicação política. Lamentando que esta é a via adotada na maioria dos estados brasileiros para a escolha dos ocupantes de posições gerenciais, por serem esses cargos comissionados, de confiança dos gestores e fruto de toda uma herança política, Vanderlei (2005) atribui esse quadro a insuficiente avanço da democracia, a qual possibilitaria a escolha direta, com participação da comunidade, de representantes para dirigir os serviços de saúde.

Os participantes do estudo também fazem uma importante reflexão ao reconhecerem a necessidade de se rever a articulação entre política e preenchimento de cargos, antevendo novas formas para melhor conciliar a dimensão política do trabalho do enfermeiro na SESAU. No segundo depoimento as reflexões prosseguem, dessa vez analisando internamente o comportamento político do grupo de enfermeiros e revelando o entendimento de que o grupo apresenta pouca mobilidade política, sendo que eventuais fatos capazes de suscitar movimento são normalmente relacionados a questões salariais e a condições de trabalho. Tais conteúdos enfatizam a necessidade de revisão do posicionamento político dos enfermeiros.

Os aspectos políticos envolvidos no processo de trabalho na SESAU e a forma como esse órgão conduz o repasse das orientações oriundas do Ministério da Saúde aos profissionais da rede são também enfocados:

“A gente esbarra em problemas que primeiro a gente planeja uma coisa e a Secretaria vem com outras ações para você fazer; então, assim, tem essa interferência na forma como você trabalha. E querem que você faça levantamentos de dados que você não estava pensando em trabalhar com aquilo naquele momento. Aí você faz o levantamento daqueles dados e ficam perdidos. Um exemplo: o levantamento dos deficientes foi um trabalho e não houve retorno. Primeiro porque a gente não consegue ainda trabalhar com esse grupo. Isto lhe toma tempo e você deixa de estar trabalhando com aquilo que você priorizou. Você está mais perto e consegue gerenciar melhor. Tem uma visão diferente de quem está lá em cima e as ordens vêm de cima para baixo, ações que nem sempre batem com a realidade.” E-12 (25, 27, 28)

Esse depoimento evidencia a falta de comunicação em serviço. Essa falta de comunicação acaba gerando atitudes equivocadas, em que a Secretaria solicita o levantamento de dados para diagnosticar e planejar uma estratégia de ação que venha ao encontro das necessidades da população e dos serviços, ao passo que os enfermeiros, condutores do processo, não entendem essa intenção e possivelmente não tenham valorizado a ação o suficiente para conscientizar os agentes comunitários de saúde sobre a importância da tarefa. Em função disso, o depoimento revela o desconhecimento do enfermeiro e possivelmente dos outros profissionais da equipe sobre a forma como é conduzido o processo de gestão na Secretaria como um todo e sua vinculação com os serviços. Ou seja, cumprindo o princípio da descentralização, a Secretaria é a instância de tomada de decisão, sendo nesse nível de gestão, pautado em planejamento rigoroso, que portanto se estabelecem as metas gerais e orientações-eixo para a condução dos serviços, que são posteriormente contextualizadas de acordo com a realidade de cada unidade.

Talvez o entrevistado, ao expressar-se dessa forma, tenha pretendido apontar a centralização das decisões na Secretaria, possivelmente nos dizendo com isso que o planejamento das ações efetuado nesse nível não propicia a oportunidade de contextualização do propósito na base aqui referida. Tal conteúdo também pode ser analisado tendo-se em vista a importância da comunicação no processo de conduzir as mudanças no modelo assistencial, que requer a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão dos trabalhadores a um novo projeto. Para isso é necessário alcançar consenso em formas de trabalhar que se sintonizem com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente (FRANCO; MERHY, 2006). Ao que parece, o processo de comunicação instituído na SESAU não está alcançando tal propósito. Vejamos como essas discussões se desenvolveram no grupo focal:

“Na minha unidade foi pedido para fazer um levantamento do perfil desses idosos da comunidade. É mais uma avaliação do perfil de atendimentos deles e quais são as ações executadas pelo enfermeiro, enfim pela unidade [...] de acordo com modelo que eles encaminharam. Mas quem encaminha isto é o pessoal do distrito. Inclusive eles virão para estar participando do seminário; inclusive a unidade vai ser fechada; todos os funcionários irão acompanhar.” (GRUPO FOCAL 3)

“Eu não sei como surgiu isso daí. Mas eu acredito que a população idosa está aumentando. Com isso as instituições precisam investir nesta pessoa que é o idoso. Então a Secretaria, o Distrito, decidiu que é a ponta que está em contato com eles, e a Secretaria está tentando saber como nós estamos preparados para atender essa pessoa. Tem que ter toda uma estrutura, medicamento, pessoal com preparo para isso; é todo um levantamento que a SESAU está fazendo para adotar uma política.” (GRUPO FOCAL 3)

“Eu acho que isso aí vem de encontro a esta política. Esses seminários estão acontecendo para posterior financiamento.” (GRUPO FOCAL 3)

“Na minha unidade já aconteceu, e é isso que ela falou. Só não concordo com este finalzinho. É do Ministério, é uma cobrança de lá de cima mesmo,

é política do Ministério que está chegando à ponta. O Ministério está implantando o novo cartão do idoso. A Secretaria vai adaptar um novo modelo e vai aceitar sugestões das equipes das unidades para montar esse novo cartão com todos os dados sobre o paciente.” (GRUPO FOCAL 3)

Nas discussões do grupo focal as idéias foram sendo construídas de forma gradativa com as informações trazidas por cada um dos integrantes, até por fim se compreender que o levantamento de dados que realizavam por solicitação da Secretaria visava subsidiar a implementação de uma política de assistência ao idoso. Esse aspecto das discussões nos remete a Mendes (1993), que expõe que o planejamento deve contribuir para o desenvolvimento dos participantes do grupo como seres criativos, que naquele espaço sejam capazes de realizar uma leitura político-técnica da situação de saúde: descrever, compreender, explicar, propor intervenções e avaliar resultados numa relação negociada entre os diversos níveis e atores sociais envolvidos na situação. No entanto, no conteúdo dos discursos pelo grupo, compreende-se que o processo de comunicação instituído na SESAU de fato se mostra frágil, pois os enfermeiros vinham participando de um processo de planejamento sem haverem sido suficientemente esclarecidos. O fato de o encontro ter sido realizado na unidade de um dos enfermeiros foi muito positivo, servindo de preparação para aqueles cujas reuniões ainda se efetivarão.

As próximas falas registram a percepção do controle das atividades exercido pela Secretaria:

“A Secretaria visa muito a questão de números: ‘Tem que atender, tem que atender’. Então falta qualidade no seu atendimento, então muitas vezes fica mesmo esta questão [visão ampliada do cliente] deixada de lado em função do atendimento ali, ‘Eu tenho que fazer isso e isso’.” E-13 (40)

“[...] por mais que lhe seja cobrada a produtividade, porque a gente tem um número que a gente tem que dar satisfação para a Secretaria. A SESAU

está muito preocupada com número, com produtividade, então isso daí é uma reclamação de toda a equipe e o agente comunitário está percebendo isso.” E-16 (4, 29)

Embora esses depoimentos se refiram ao controle, pode haver dificuldades de comunicação permeando tal entendimento pelos enfermeiros. Como vimos, o processo de comunicação na SESAU é verticalizado, o que pode prejudicar a percepção real dos problemas. Analisando esses conteúdos, tendo em vista os aspectos relacionados ao controle que a Secretaria exerce sobre os profissionais, o primeiro depoente se revela sobrecarregado com as atividades burocráticas de registro quantitativo das atividades desenvolvidas, e descreve que essa sobrecarga acaba por prejudicar a qualidade dos atendimentos em termos da assistência integral ao usuário. Tal descrição nos remete à prevalência na Secretaria de uma organização de serviço orientada pela lógica do modelo curativo, intervencionista, em que o controle quantitativo e o procedimento centralizado ditam o ritmo e a orientação da produção. Os próximos depoimentos enfocam essa problemática abordando aspectos importantes a serem revistos quando da formalização do registro das atividades de produção das equipes:

“As pessoas querem as coisas mastigadas; a gente tem várias chefias e todas querem o mesmo relatório, sabe? Tem a rede, está tudo na rede, mas eles querem tudo na mão, só que alguém tem que fazer! E isso atrapalha muito. Então eu deixo de atender a população pra fazer isso. Então eu preciso conversar com a diretora para que ela reivindique com as chefias acima que a gente precisa de mais autonomia aqui.” E-16 (54, 59)

“Agora, do nível central, nós recebemos muitas solicitações de relatórios que a gente tem que fazer e muitas vezes são pedidos para comprovar que o fulano ficou na unidade cumprindo horário e que fez aquilo. É pura e simplesmente burocrática maneira de controle e que entrava. E muitos relatórios repetitivos. É um controle muito quantitativo, tem que atingir tantos por mês, e se não cumpre você pode levar até advertência se não cumprir a meta.” E-18 (30, 31)

“Essa questão da cobrança em termos de número incomoda, porque número pra nós... Mas se tem que ter número, vamos fazer número, não é? Mas vamos dar qualidade a estes números. Eu gostaria da gente continuar o trabalho nosso aqui. Às vezes a gente tem muitas críticas, não tem ninguém que bate palmas, não tem ninguém falando ‘Olha: fulano fez isso de bom’.” E-20 (32, 33)

Todos os depoimentos revelam insatisfação com o acúmulo de relatórios que precisam ser enviados à Secretaria. No entanto, os dois primeiros falam do encaminhamento de relatórios repetidos a destinatários diferentes, caracterizando excessiva burocracia. Em tempos em que a Secretaria dispõe de uma rede informatizada de serviços, é inconcebível que tais cobranças estejam acontecendo. As falas também destacam que o caráter quantitativo das cobranças e a aplicação de punições àqueles que não cumprem tais metas. No último depoimento, o enfermeiro manifesta a preocupação em oferecer qualidade aos serviços e declara esperar continuar realizando seu trabalho, sugerindo a incorporação de estratégias de valorização das conquistas positivas que a equipe tem alcançado na unidade. Nesse sentido, Barbieri (2003, p. 94), ao estudar a eficiência e eficácia gerencial nesta mesma Secretaria, observa que “o planejamento, a organização e o controle se desenvolvem em um fluxo e por uma necessidade descendente, sem que significativos números de gerentes, principalmente os gerentes assistenciais, tenham conhecimento da dimensão e dos resultados das ações executadas nas unidades de saúde”. Mesmo que os gerentes não sejam objeto de discussão no presente estudo, os enfermeiros do PSF ou do PACS são os responsáveis pela produção dos dados que originam os relatórios e com certeza não participam das atividades acima mencionadas, manifestando por isso insatisfação com a produção dos relatórios. Barbieri (2003) também expõe que os gerentes técnicos convocam reuniões e sobrecarregam as unidades assistenciais sem identificar as necessidades

do serviço e que, quando estas são identificadas, não as discutem, permanecendo no grupo de gerentes assistenciais a sensação de pouca participação nas decisões. As atribuições são delegadas na SESAU com predomínio do cumprimento de metas e confecção de mapas mensais pelos gerentes e cumprimento de metas individuais pelos demais profissionais, reduzindo-se assim a capacidade das equipes de trabalhar e buscar soluções apropriadas a cada situação. Sendo assim, a produtividade não se rege por indicadores elaborados em parceria entre os interessados, nem se fundamenta em variáveis de qualidade. Isso não pressupõe a realização do trabalho em equipe, mas evidencia vínculo com os pressupostos da abordagem clássica da administração, que se orienta pela hierarquização e racionalização do processo de gestão.

Para discutir as relações que permeiam o cotidiano dos profissionais no trabalho em saúde, em sua relação com o usuário e a comunidade, recorreremos ao que pergunta Merhy (2002), em seu livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo: Somos sujeitos? Protagonistas ou vítimas?* Posteriormente, declara partir do princípio de que somos, em certas situações e em certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos com força de mudança. Admite, porém, sob outros recortes e sentidos, que somos reprodutores de situações dadas. Mesmo naquelas situações em que estamos protagonizando certas mudanças, muito conservamos. No entanto, afirma o autor, “sob qualquer um destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos” (MERHY, 2002, p. 15). Para procedermos à análise dos dados, amparamo-nos nessa reflexão e no entendimento de que um dos propósitos expressos no projeto da Reforma Sanitária, consagrado na Constituição, é a garantia da saúde como um direito de cidadania. Assim, organizamos os conteúdos de forma a explicitar as relações entre

usuário e profissional e entre comunidade e profissionais, de modo a evidenciar a equipe de saúde e sua relação com o usuário e a comunidade:

“Em relação ao tratamento com o cliente, assim, de um modo geral, eu acho que ainda falta muito para chegar num nível que se diga visualizar o paciente como um todo. Eles [médicos] vêem a cura da doença.” E-13 (39)

“Porque no nosso trabalho nós temos que fazer com que o paciente se torne independente. Ele deve fazer o papel dele também. E a base para a conquista dessa independência é a orientação, o esclarecimento, e para isso precisava da equipe multiprofissional. O enfermeiro às vezes é tudo. Atender o paciente de forma integral é atender o paciente como um todo, em todas as necessidades básicas dele. Fazer o acompanhamento, ver como ele está evoluindo. Isto só é possível se o paciente for da área. Até a parte psicológica dele. E como não tem apoio de todos os profissionais, fica difícil.” E-14 (16, 19, 20)

“Porque aqui a gente trabalha com a população restrita; então são os mesmos pacientes, o bairro, e com o tempo a gente acaba tendo afinidades com as pessoas; eles acabam tendo também um vínculo com a gente, que é diferente de um hospital. Você tem contato direto, dentro do domicílio dele, você acompanha também questões sociais, intimidades do paciente, você está com um relacionamento mais de perto com ele. Você tem uma visão do paciente diferente, [...] todo mundo me conhece e sabe que eu sou a enfermeira, sabe nome — sabe cobrar também.” E-12 (3, 7, 8)

“Hoje a gente trabalha muito esse negócio do acolhimento e o acolhimento tem que ser feito por qualquer pessoa da equipe. Não sou eu, enfermeiro, ou o agente de saúde ou a recepção.” E-17 (33)

“É abordar a pessoa como uma pessoa normal. Por mais que essa pessoa está lá carente, doente, precisando de um monte de coisas, você tem que [...]. [...] ‘Eu acho que eles já aprenderam isso’, e cada dia a gente vai passando mais. Que não pode chegar lá: ‘Ai, coitado!’. Aquela expressão de dó e de pena não pode ter. Tem que estimular a ficar forte, você tem que ter essa postura de ajuda, de força e de encorajamento.” E-20 (26, 27)

“É um sujeito que tem direito e deveres. Então não é olhar para o coitadinho. A gente fala isso sempre para os agentes e para os estudantes novos, que não adianta trazer cesta básica que a gente não deixa vocês darem, nem vem prometendo nada. Não pode ter isso de jeito nenhum. A

gente tem compromisso em dar respostas para a comunidade naquelas coisas que a gente tem possibilidade de fazer.” E-20 (28, 29)

O primeiro depoimento revela uma prática assistencial que se orienta pelo paradigma biologicista do processo saúde–doença, concebendo o cuidado com uma ação de intervenção na qual se exerce o poder-saber técnico, centrado na tecnologia, no diagnóstico, na terapêutica e no profissional médico. Este último resiste à incorporação do novo mesmo quando participe da implementação de um projeto que vise a mudança do modelo assistencial, no qual o usuário ocupa o centro da atenção, em uma perspectiva dialógica, cuja natureza ética permite transformar o trabalho e os trabalhadores em atores ativos de invenção de sua existência e dos anseios coletivos humanos (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005). O segundo depoimento aponta inicialmente a importância da promoção da autonomia do sujeito, expressando assim uma atitude que se coaduna com a visão aqui defendida, que considera que as reflexões sobre as condições de vida do indivíduo e da comunidade se prestam a transformar os indivíduos em sujeitos ativos das mudanças dos fatores determinantes do processo de adoecer. Num segundo momento, esse enfermeiro fala da proposição de atender o paciente como um todo, em todas as suas necessidades de saúde, evidenciando a necessidade de que o paciente esteja numa área definida para possibilitar o acompanhamento da sua evolução e defendendo o trabalho multidisciplinar para o alcance de tal propósito. O terceiro enfermeiro percebe que se amplia o campo de relacionamento estabelecido entre profissional e usuário, diferentemente daquele estabelecido com os pacientes no hospital. Considera que essa relação leva à formação de vínculos. Graças a essa visão distinta acerca do usuário, esse enfermeiro assume compromissos como indivíduo e como profissional, sendo às vezes também cobrado pelos usuários. Esse depoimento encontra amparo em autores como Campos (1992) e Franco e Merhy

(2006), que entendem que o PSF adota a diretriz do vínculo ao propor a adscrição da clientela. Nessa forma de organizar o atendimento, as equipes se responsabilizariam por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, sendo que a formação do vínculo decorreria dessa aproximação. Os demais depoimentos apresentam uma visão de sujeito mais compatível com a concepção proposta pelo movimento de reformulação do modelo de assistência, ao valorizarem ações de acolhimento e enfocando uma concepção de sujeito ativo permeando as práticas e atitudes de todos os envolvidos no processo assistencial, de forma a transmitir força e encorajamento aos usuários dos serviços. Franco e Merhy (2006) valorizam o acolhimento ao usuário e explicam que este é realizado quando se faz uma escuta qualificada, quando se assume o compromisso de resolver o problema de saúde, quando a criatividade é posta a serviço do outro e também quando há capacidade de estabelecer vínculo. Esse conjunto de sentimentos e atitudes que acompanham a nova forma de relacionamento entre profissional e usuário constitui a argamassa do processo de trabalho em saúde. No último depoimento, a atitude defendida é aquela que zela pela garantia e defesa dos direitos dos cidadãos, centrada numa relação de compromisso com a comunidade na promoção do atendimento de suas necessidades, considerando as possibilidades da equipe. Ao se pronunciar assim, o enfermeiro demonstra uma visão que busca construir a integralidade do atendimento com compromisso ético e social. No entanto, ao apresentar como limite para as ações as possibilidades da equipe ou da unidade de saúde, revela preocupar-se com a natureza das demandas que, muitas vezes, extrapolam a capacidade de resolução da unidade ou mesmo do setor. Indiretamente pode estar nos falando sobre a fragilidade do funcionamento da intersectorialidade.

Temos também as manifestações do grupo focal quanto à visão do grupo sobre a atenção que a equipe oferece ao usuário e à comunidade:

“[...] a gente às vezes fica irritada com as formas de atendimento, porque o paciente tem que ser visto como um todo, independente de idade, cor, independente de qualquer coisa.” (GRUPO FOCAL 3)

“Ele tem que ser atendido, a gente sabe disso, e nos casos de atendimento pela especialidade tem que fazer o encaminhamento. Só que tem casos que a gente não consegue fazer um atendimento global ao paciente.” (GRUPO FOCAL 3)

“[...] tem falhas no sistema para assistir o paciente com esta visão global. Você não consegue fazer isso sozinho. Para isso precisa melhorar o sistema de referência.” (GRUPO FOCAL 3)

Nesses depoimentos, que corroboram a visão expressa nas entrevistas individuais, os enfermeiros defendem que o atendimento deve levar em conta uma visão ampliada da assistência à saúde do indivíduo e da comunidade, tendo como referência os princípios do SUS. No conjunto, os depoimentos explicitam a visão de que os serviços de saúde devem funcionar em rede e expressam também a certeza de que só é possível construir a almejada integralidade da assistência em serviços que se organizam, tendo como eixo para constituição de sua estrutura os princípios do SUS.

Na análise dos próximos depoimentos se destacam conteúdos que tratam do relacionamento entre a equipe e a comunidade:

“Quando a gente organiza uma palestra... é muito difícil você realizar uma palestra, porque eles [comunidade] vêm com outros interesses, de pegar medicação, pegar o leite. Então a gente não consegue trabalhar uma orientação de saúde. Eles ficam impacientes; é complicado. É muito bonito na teoria; na hora que você vai aplicar, na prática, você encontra várias dificuldades. Está faltando um monte de coisas, se a gente for avaliar. Só que ao mesmo tempo tem as consultas ambulatoriais. Mas a gente não tem

um trabalho específico com eles, entendeu? Então não mudou dos programas que existiam antigamente, porque tem a ver com o preparo dos profissionais para lidar com esses grupos, não é?” E-12 (15, 16, 29, 30)

“O que difere dos programas que existiam antes é que a gente procura ter uma proximidade maior e muitas vezes você acaba levando o programa até ele/eles [usuário/comunidade].” E-13 (15)

“[...] No início, era o PACS. Depois foi iniciado o trabalho com o PSF, [...] foi difícil porque a comunidade não entendia o que era o PSF e eles queriam muito que tivesse aqui uma unidade 24 Horas. Eles passam por toda essa dificuldade e acham que para eles seria melhor um trabalho que fosse curativo, e a gente sempre enfocando a parte preventiva e eles lutando para que se ofereça mais a parte curativa. [...] você acaba encaixando programas de uma forma mais curativa do que preventiva para que as pessoas tenham pelo menos uma saída, deixando a desejar outros programas que a equipe poderia estar trabalhando melhor.” E-16 (1, 3, 57, 58)

“Na teoria, o PSF se volta ao trabalho preventivo, mas ele também tem a função de fazer o atendimento em casos que necessite. Uma avaliação de urgência, o PSF também tem essa obrigação. E a gente é cobrada dos dois lados. Mas na prática prevalece a prevenção.” E-12 (17, 18)

“A comunidade não está preparada para esse tipo de atendimento. Então você tem que conscientizar e passar esta credibilidade e para isso a permanência das pessoas nesse programa é fundamental. [...] eu acho que é muita conquista e se você não encarar isso de frente você não consegue. Eu direciono o meu serviço e trabalho com os agentes também desta forma, com esta filosofia. Mas para isso você tem que ter uma relação de confiança para passar uma orientação para a mãe, porque se ela não entender adequadamente aquilo que estou passando, se ela não sair daqui convencida, ela não vai fazer direito.” E-18 (22, 23)

Em conjunto, esses depoimentos expressam a questão da resistência ou rejeição da comunidade às mudanças na organização da oferta dos serviços de atenção à saúde. Tais mudanças vieram como parte de um movimento mundial por transformações nas práticas de assistência a saúde. No Brasil, a partir de 1988, em consequência do movimento da Reforma Sanitária, foi implantado o SUS, sendo

definidos seus princípios orientadores. No corpo desse movimento está a proposta de mudança do modelo assistencial, cuja operacionalização vem se dando atualmente por meio da estratégia da saúde da família, a qual prevê uma abordagem familiar, reconhecendo o processo saúde–doença como uma produção social, propondo uma atenção integral, contínua e humanizada, viabilizada pelo trabalho em equipe. A introdução de novas práticas e abordagens em qualquer campo do conhecimento, e na saúde em particular, passa pelo enfrentamento de obstáculos e conflitos de classe, quando se buscam formas de organização dos serviços de atenção à saúde que sejam capazes de inverter a lógica do modelo tradicional, centrado no trabalho do médico. A condução dessa nova modalidade de assistência tem exigido dos dirigentes e das equipes grande embasamento e empenho, bem como disponibilidade e sabedoria para lidar com os conflitos presentes nessa dinâmica. A fonte de conflito e resistência por parte da população relaciona-se à visão dos usuários que reconhecem e valorizam o atendimento baseado na especialidade. Franco e Merhy (2006) discutem essa problemática, dizendo que os mentores da organização dos serviços de saúde no município, ao organizarem e estruturarem a demanda de serviços das Unidades Básicas de Saúde, a partir exclusivamente de usuários referenciados pelas equipes de PSF, estariam cometendo um erro estratégico por estarem eliminando a possibilidade de atendimento à demanda espontânea. Nessa situação, a população continua a recorrer aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústia e, na ausência de um esquema que os atenda satisfatoriamente em seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas unidades de pronto-atendimento e pronto-socorros. Isso faz com que cresçam na população reivindicações por serviços organizados segundo modelagens mais comprometidas com os projetos médico-

hegemônicos. Em consonância com o exposto, os depoimentos também revelam o exercício das equipes em contornar a situação e atender, mesmo que parcialmente, as expectativas da comunidade, de modo a minimizar conflitos. Essa medida, digamos, alternativa, adotada pelos profissionais constitui importante recurso para o enfrentamento dos mecanismos de resistência da população. Entendemos que essa questão deva ser tomada como objeto de reflexão e ação pelos dirigentes e membros da equipe, em especial o agente comunitário de saúde, sobre possíveis vias de motivação e aproximação da população aos serviços oferecidos. Ainda analisando de forma geral os conteúdos explicitados nos depoimentos, percebe-se que os enfermeiros não fazem referência às ações de promoção da saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, é preciso que fique claro que a promoção da saúde não deve ser mais um nível de atenção, nem deve corresponder a ações que precedem a prevenção, mas, ao contrário, compor-se de estratégias que se movam transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa tentativa de trazer o olhar, a perspectiva da saúde e o desafio do construir a integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual. Em outras palavras, significa contribuir para a qualificação do SUS e, a partir deste, construir uma ampla aliança nacional que tenha como centro a qualidade de vida (BRASIL, 2000a).

A julgar pelo exposto pelos enfermeiros participantes do estudo, que representam um Distrito de Saúde do município de Campo Grande, tais proposições ainda não foram concebidas como força-eixo das ações de saúde.

Postas estas questões mais gerais, que perpassam todos os depoimentos, retornamos ao primeiro, visando analisar seus pormenores. Quando se refere à

educação em saúde, o enfermeiro relata o uso de estratégias para a ação educativa coincidentes com as do modelo de ensino tradicional, no qual o profissional se baseia em normas e conselhos para orientações individuais ou em grupo, sem levar em conta o interesse, as necessidades, as crenças e os conhecimentos pré-existentes. Dessa forma, a educação se dá a partir de um processo pedagógico que não leva em conta a problematização da realidade dos envolvidos. Isso indica que os enfermeiros não têm sabido como trabalhar educação em saúde, embora ela seja um dos principais instrumentos de trabalho do enfermeiro que atua na atenção básica.

O próximo depoimento revela a criatividade da equipe em defesa do novo modelo:

“[...] na prevenção a gente atende aos hipertensos uma vez por semana em local próximo da comunidade, que oferece a infra-estrutura necessária. [...] A gente não atende aqui porque tem muita gente de idade; então o deslocamento é difícil. [...] e quando é aqui, para descaracterizar o atendimento ambulatorial, antes da consulta propriamente dita a gente faz reunião, esclarece as dúvidas, verifica a pressão e depois a gente faz o atendimento.” E-16 (33, 34, 35)

Este depoimento é revelador das alternativas utilizadas pelas equipes para manter as características do atendimento dentro do modelo que prioriza a ações de prevenção, mesmo que para isso tenham que sair da unidade para descaracterizar o atendimento ambulatorial e desta forma propiciar maior facilidade e conforto ao usuário idoso e com dificuldade de locomoção. Num segundo momento, mesmo estando nas dependências da unidade, os profissionais preocupam-se em manter-se fiéis ao propósito da mudança na modalidade de assistência.

Nem tudo, porém, é penoso no trabalho de renovação das práticas assistenciais empreendidas por essas equipes, e foi possível registrar satisfação do enfermeiro com a observação do resultado da atenção oferecida à população:

“A gente é um trabalho de formiguinha que aos poucos eles vão entendendo. Trabalho que leva um tempo; não é simples assim. Da época que eu entrei para agora, já houve uma mudança radical. Eles já perguntam: ‘Quando é a reunião de planejamento familiar?’. Já modificou muito a cabeça, da forma como a população vê a unidade de saúde de PSF.” E-12 (19, 20)

“Eu vejo aqui, depois de quase seis anos que estamos trabalhando com essas pessoas, e você pensar que uma pessoa depende do lixo para sobreviver. É complicado. Isso te choca e você tem vontade de fazer alguma coisa para mudar esse estado de coisa, mas você não tem pernas pra tanto. Então daqueles [usuários] que permanecem, porque eles mudam muito, a gente consegue acompanhar, a gente tem conseguido. Principalmente mãe, que estou acompanhando a terceira criança: você observa aquela responsabilidade dela no acompanhamento da vacina ou coisas assim.” E-17 (23, 48)

“[...] nesse tempo [cerca de seis anos] observei melhora. A gente vê pelos nossos pacientes hipertensos: aqui eram perdidos, não sabiam o que era ter pressão alta, o diabetes, uma alimentação saudável, e hoje a gente vê os hipertensos controlados, caminhando, fazendo exercício físico. Idosos que a gente tinha dentro de casa e hoje eles estão aqui dentro do grupo de idosos, caminhando, saudáveis, e isso eu vejo que foi um trabalho nosso, porque se não fosse assim esse povo estava à mercê, aqui. [...] hoje percebo que pessoas que nunca fizeram pré-natal na rede faziam em consultório particular; hoje vêm aqui. E a gente se sente muito bem de estar tendo condições de oferecer isso.” E-20 (4, 5, 31)

Nesses depoimentos, os enfermeiros foram apontando situações em que constatarem melhorias nas condições de vida ou no modo de andar na vida das pessoas da comunidade, incluindo manifestações de interesse pelas atividades desenvolvidas nos programas e adesões de novos clientes, ou mesmo a observação de maior responsabilidade da mãe no acompanhamento do filho. O mais importante

é que os profissionais manifestam grande satisfação por perceberem a mudança resultante do trabalho da unidade e, principalmente, por terem agora condições de oferecer serviços com comprovada resolatividade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande passa por um período de ampliação do número de equipes de saúde da família, havendo assim muitas unidades em que o PACS foi substituído pelo PSF. Ao que parece, essa substituição prosseguirá, ou ao menos essa é a expectativa do pessoal do serviço. Ao que parece, também, observa-se a tendência de os enfermeiros se ocuparem com atividades relacionadas à gestão das equipes, decorrência do que é explicitado nas mais recentes publicações do Ministério da Saúde, segundo as quais cabe ao enfermeiro a função gerencial, que inclui as atividades de planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2001), legitimando assim uma função que já vinha sendo executada por ele. Teixeira (2002), em seu estudo realizado em 14 municípios da Divisão Regional de Saúde XVIII, que corresponde a uma divisão administrativa do estado de São Paulo para a área de saúde, mostra que as enfermeiras do PSF vêm assumindo o papel de coordenadoras, administrando e gerenciando o trabalho da unidade da saúde da família e dos membros da equipe, coordenando não só o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e dos ACS, mas tendo de ampliar o olhar para toda a equipe.

Frente a esses aspectos, que se relacionam com o trabalho do grupo na atenção básica, emergiram duas indagações, a nosso ver procedentes: Trabalhamos em equipe? Nosso trabalho tem características de trabalho interdisciplinar? Tais perguntas não se originam do presente estudo. Costa (2002),

entre outros estudiosos, também se questionou sobre a real existência do trabalho em equipe com interdisciplinaridade nos serviços de saúde. Entendemos que tal questionamento decorre do uso corriqueiro dos termos em nosso meio: na maioria dos serviços, o trabalho em equipe é, no plano da retórica, considerado o ideal das práticas de saúde e, miticamente, assume o lugar de solução apaziguadora para os conflitos entre as diversas áreas profissionais inseridas nesse contexto (COSTA, 2002).

No Brasil, a partir dos anos 1970, sob influência das políticas de cunho racionalizador adotadas no setor de saúde, ganha destaque o trabalho em equipe como forma de alcançar os objetivos propostos. No final da década seguinte, com o Movimento da Reforma Sanitária e a proposta de mudança do modelo assistencial, que se desenvolveria no decorrer da década posterior, as equipes ganham relevância como forma de buscar integralidade das ações e maior qualidade dos serviços, embora, em nossa opinião, o caráter racionalizador ainda esteja ali presente. Tendo em vista a rede básica de serviços de saúde que se institui a partir dessa política, Merhy (1997) enfatiza a importância de equipes autônomas nos postos de saúde que atendam segundo os princípios de integralidade, universalidade, equidade e efetividade e que ganhem maior resolutividade, atuando dentro de uma lógica mais horizontalizada, construindo assim relações de ajuda entre seus membros e os demais serviços que compõem essa rede básica.

Peduzzi (1998), tomando como referencial teórico estudos do processo de trabalho em saúde e do agir comunicativo, elabora uma tipologia do trabalho em equipe em que identifica duas noções prevalentes: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração dos trabalhos. A primeira se caracteriza pela

justaposição das ações, com agentes apenas agrupados. O trabalho se faz de forma fragmentada, sem compartilhamento de um projeto. A comunicação se apresenta como externa ao trabalho e é meramente particular. Por sua vez, nas equipes como integração dos trabalhos existe uma correlação de ações, facilitada pela integração dos agentes. Nelas é possível perceber o desenvolvimento de um projeto assistencial, a elaboração de uma linguagem e objetivo comuns, uma cultura partilhada (PEDUZZI, 1998).

Quanto à relação entre o trabalho em equipe e o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, Demo (2001) expõe que o trabalho em equipe atualmente se delinea em duas dimensões: saber trabalhar no coletivo, em grupo, e saber trabalhar interdisciplinarmente num grupo de especialistas.

Considerando o exposto, acreditamos haver encontrado o ponto de interseção entre dois importantes aspectos — trabalho coletivo e trabalho interdisciplinar — que, em tese, permeiam a organização do processo de trabalho nas unidades pesquisadas.

Neste ponto, torna-se necessário compreender o significado da interdisciplinaridade. Interdisciplinaridade, trabalho multidisciplinar e trabalho em equipe não são sinônimos, afirmam Feuerwerker e Sena (1998), mas sim conceitos relacionados e complementares. Para essas autoras, a interdisciplinaridade pressupõe a construção do conhecimento e a demolição de fronteiras entre disciplinas. O trabalho multidisciplinar compreende a organização do processo de trabalho, considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado.

A possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde–doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional. O trabalho em equipe é fundamental. Envolve o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração, mas pode (e deve) acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto, não significa necessariamente a construção de um novo saber ou de uma nova prática. O que cria a possibilidade do novo é a interação democrática entre os diferentes (atores, saberes, práticas, interesses e necessidades) (FEUERWERKER; SENA, 1998).

Postas essas questões que permeiam a organização do processo de trabalho em saúde, analisaremos as falas orientando-nos por essas idéias. Os depoimentos aqui reunidos discutem o trabalho multidisciplinar. Tomamos o cuidado de agrupar cada uma das formas de expressão e, assim, primeiramente comparecem as falas que se vinculam ao trabalho do enfermeiro como gerente da equipe. A denominação ‘gerente’ foi a utilizada pelos entrevistados:

“Quem acaba gerenciando a equipe é o enfermeiro. É ele quem programa as ações, as atividades, coordena a equipe, desde o médico até o agente comunitário.” E-12 (35)

“A gente coordena na verdade a equipe inteira porque a gente tem que fechar o relatório do médico, do dentista, dos agentes e o nosso. Então é muito papel e aí entram todos os programas do ministério e a gente que controla tudo, tudo que entra e até o que médico faz. A gente que tem controlar e é cobrado da gente.” E-11 (2)

“Tudo é o enfermeiro. Se a gente não fala ‘Olha, vamos nos reunir’, não acontece nada, as coisas não saem. Então tudo é o enfermeiro. A gente que orienta, que define o agendamento, fechamento de relatório. É a gente quem cobra.” E-19 (25)

“Na verdade, quem implantou toda essa inovação foi enfermeiro. Nós tivemos, claro, apoio da Secretaria, médicos, mas a maior parte do trabalho é do enfermeiro. E valorização, nada, e hoje em dia tudo é o enfermeiro.” E-14 (32)

No primeiro excerto, o depoente revela compreender que a coordenação do trabalho da equipe é tarefa do enfermeiro. No segundo depoimento há concordância com que a coordenação do trabalho da equipe recai sobre o enfermeiro, sugerindo a existência de excesso de burocracia e controles realizados. Os dois últimos depoimentos centralizam nesse profissional a implantação e o funcionamento do trabalho em equipe. O último depoimento reconhece a colaboração de outros segmentos e da própria Secretaria no desenvolvimento do trabalho, mas aponta a não-valorização do enfermeiro por essa realização. No entanto, parece que os enfermeiros fazem referência ao trabalho em equipe sem refletirem sobre seu significado.

Embora os enfermeiros se posicionem como coordenadores das atividades da equipe, nos próximos depoimentos eles discutem como se organiza o trabalho na equipe, apontando as dificuldades:

“Cada um tem a sua área, [...] na minha área eu vejo preventivo, tem que fazer visita, curativo. Na minha área tem 3 082 pessoas. É a maior área, é a área mais carente. [...] Foi tendo, assim, várias reuniões para chegar onde está hoje, assim mais organizada. Os casos, assim, que causam problema para eles [agentes comunitários], que chamam mais atenção, que precisam mais de ajuda, a gente discute. Essa discussão que a gente faz é para distribuição do trabalho, alguma coisa nova, informação, mudança mesmo, porque a gente sempre reúne e passa para eles e passa na unidade. Isso é todo dia.” E-11 (2, 21, 22, 26)

“Geralmente, assim, equipe como um todo, não; eu e os agentes. Assim, reunir todo mundo, técnicos com dentista, com a doutora, não tem [...]. [...] reunir e discutir como está o andamento? Reunião da equipe não tem.” E-11 (40)

“Nós temos reuniões semanais todas às sextas-feiras à tarde, mas elas são constantemente interrompidas por conta de que são suspensas as consultas agendadas, mas o atendimento espontâneo permanece e às vezes prejudica o andamento.” E-13 (23)

O trabalho da unidade é dividido por áreas entre as equipes, e dentro de cada área há uma subdivisão entre os vários profissionais que compõem a equipe. Como vimos anteriormente, a organização do trabalho em equipe requer um planejamento conjunto das atividades, o que pressupõe a realização de reuniões entre os profissionais, bem como das equipes da unidade de saúde como um todo, de modo a garantir a integração dos agentes, possibilitar o desenvolvimento de um projeto assistencial e elaborar uma linguagem comum, um objetivo comum, uma cultura partilhada, como propõe Peduzzi (1998). O conteúdo dos depoimentos revela que essas reuniões não vêm acontecendo e, por conseguinte, o planejamento das ações tampouco ocorre, o que sugere que o trabalho realizado está desvinculado das necessidades da população e desarticulado da Política Nacional de Saúde – o SUS. A condução das atividades está centrada na relação entre o enfermeiro e os agentes comunitários de sua equipe e voltada à resolução de situações pontuais e à comunicação das orientações necessárias à realização das atividades diárias. Esse registro denuncia a baixa aderência aos princípios organizadores do trabalho propostos pelo SUS, que pressupõem a realização de reuniões freqüentes para planejamento das ações da equipe, tendo como foco o atendimento às necessidades de saúde da população. Na última fala, o enfermeiro aponta a dificuldade de realização das reuniões e o fato de que a não-suspensão dos atendimentos de livre demanda prejudica ou impede a participação do médico, havendo assim uma desarticulação entre os elementos da “equipe”. Cabe lembrar que o atendimento à livre demanda tem caráter curativo e muitas vezes decorre de

reivindicação da comunidade. Peduzzi (1998), como já vimos, considera que essa forma de organização do trabalho em equipe coincide com a idéia de agrupamento de agentes, com justaposição das ações, sem compartilhamento de um projeto. Mesmo dispondo de um direcionamento único do SUS, a orientação institucional proposta pela SESAU não imprime um sentido ao trabalho coletivo, ainda que as equipes atuem em um mesmo espaço físico. Ainda podemos inferir que o funcionamento das equipes, adequado ou não, depende também de fatores relacionados a seus integrantes.

Nos depoimentos a seguir, diferentemente dos anteriores, os profissionais apresentam disposição mais favorável à realização do trabalho em equipe:

“A [gerente da] equipe tenta reunir mensalmente com toda a unidade e tenta fazer [reunião] da equipe quinzenal. Nem sempre consegue fazer esta reunião, mas quando consegue a gente tenta refletir, sim, o trabalho em conjunto. Não sobressai o médico, não. A nossa relação entre a equipe é muito boa. Agora, quando tem reuniões onde tem muitos agentes, eles manifestam que se sentem discriminados.” E-12 (38, 49)

“Nós temos uma equipe muito coesa já, onde principalmente os agentes não têm mudado muito e o médico que trabalha conosco gosta do que faz, e é uma pessoa que tem perfil para esse trabalho. É lógico que às vezes tem a questão das afinidades, que acontece em qualquer relação. Então, assim, nas reuniões que a gente faz, quando é uma coisa que tem que ser decidida em equipe a gente procura estar pegando a opinião de cada um.” E-17 (26, 27, 28)

“O médico da nossa equipe está aqui desde o começo, recebeu o mesmo preparo que eu, então trabalho com os objetivos. E a nossa equipe, nós trabalhamos mesmo coesos, juntos: tudo que eu faço eu faço, assim, com bastante segurança, porque eu sei que estou com ele [médico] ali do meu lado. E tudo que eles [agentes] trazem é aproveitado.” E-20 (10, 11)

“Você nunca vai ter uma equipe 100%. São pessoas, pensamos diferente, temos divergências. Sempre que possível, a gente está discutindo em equipe. Às vezes o maior problema é o tempo. Tem as divergências, mas a

gente procura estar centrando ali para conseguir trabalhar bem. [...] tem mais dificuldade de interação, mas nós as entendemos e vai procurar aquelas coisas que ela melhor se encaixa para você conseguir interagir ali.”
E-17 (35, 36)

No primeiro depoimento, o trabalho parece estar organizado de forma a permitir um fluxo adequado das atividades, embora o enfermeiro demonstre certo grau de dificuldade para fazer as coisas acontecerem. Esse depoimento registra o sentimento de discriminação vivenciado pelos agentes. Entendemos a expressão desse sentimento como uma possível conseqüência da divisão técnica e social do trabalho — neste caso, a divisão vertical entre o trabalho intelectual e o manual. Tal lógica cria um distanciamento entre quem pensa e planeja e quem executa. O PACS e o PSF propõem uma nova dinâmica, sob a perspectiva do trabalho em equipe e interdisciplinar. Peduzzi (1998) explica que a noção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que de seu conjunto coletivo extraem o sucesso da realização pretendida. Essa noção, quando deslocada de condições particulares e concretas, pode transformar-se em "símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais". Entre essas condições concretas figuram "a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, os diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e a racionalidade presente nas práticas profissionais" (PEDUZZI, 1998, p. 58). Assim, os agentes comunitários de saúde por vezes não são valorizados e manifestam insatisfações geradoras de conflitos e ou sentimentos como o acima revelado.

Os próximos depoimentos registram problemas próprios das equipes que estão trabalhando em conjunto e, na análise de seus conteúdos, percebemos que os

enfermeiros atribuem o bom relacionamento da equipe a questões como a baixa rotatividade observada entre os agentes comunitários, o perfil do profissional médico adequado ao trabalho em equipe e a objetividade com que os membros da equipe trabalham as questões de relacionamento, preparo dos profissionais para o desenvolvimento do trabalho, organização do trabalho focado em objetivos e dinamismo com que administram o trabalho do dia-a-dia. O último depoimento acima analisa de forma muito adequada as dificuldades do trabalho em equipe, propondo que as divergências devam ser consideradas como intrínsecas do cotidiano e indicando as estratégias adotadas pelo grupo para valorizar as potencialidades de cada um, tendo em vista propiciar a melhor interação do grupo. Antes, porém, de avançarmos na análise dos dados, é preciso esclarecer que a aproximação aos conteúdos sobre a interdisciplinaridade no trabalho em saúde nos levou à compreensão de que é possível caracterizar o trabalho realizado na realidade pesquisada como multidisciplinar, com base na proposição de Feuerwerker e Sena (1998). No entanto, tendo como referência os aspectos conceituais relacionados ao trabalho em equipe, segundo a tipologia de Peduzzi (1998), verifica-se coexistirem nas unidades estudadas os dois tipos de trabalho em equipe descritos por essa autora. Dito de outra forma, a julgar pelos depoimentos dos enfermeiros, a SESAU tem equipes em estágios de desenvolvimento incipiente avançado.

Consideramos se encontrarem em estágio de organização incipiente aquelas que funcionam como agrupamentos de agentes, portanto desenvolvendo um trabalho multiprofissional cuja característica predominante é a justaposição das ações, sem compartilhamento de um projeto. Nas equipes em estágio de desenvolvimento avançado há integração dos trabalhos e correlação de ações, facilitada pela integração dos agentes. É possível nelas perceber o desenvolvimento

de um projeto assistencial, configurado no uso de uma linguagem comum, um objetivo comum, uma cultura partilhada, caracterizando o nível de integração e produção de conhecimento que coincide com o trabalho interdisciplinar. Considerando o conteúdo dos depoimentos, o trabalho desenvolvido pelas equipes da SESAU ainda não alcançou esse estágio.

Os próximos depoimentos introduzem conteúdos que tratam do planejamento e ainda pontuam algumas dificuldades relacionadas ao efetivo exercício do trabalho planejado. Entendemos que o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social (MEHRY, 1994). Como instrumento administrativo e de políticas de governo, seu prestígio passou por vários períodos de altos e baixos, inclusive no setor da saúde. Acompanhando as políticas nacionais de descentralização administrativa e de resgate do poder gestor do município, há hoje em dia uma clara tendência a restringir os planos nacionais a grandes enunciados de metas e a assuntos referentes ao financiamento do sistema de saúde. O poder local, que por longo tempo lutou por maior autonomia, afinal ganhou maiores responsabilidades pela gestão do sistema de saúde. Anteriormente, tínhamos planos concebidos de forma centralizada e excessivamente normativos. Há agora uma expectativa de que o nível local assuma as responsabilidades pela definição de um rumo para que o sistema seja harmônico e coerente com os grandes objetivos nacionais para o setor. A maior autonomia municipal vem acompanhada de maior responsabilização. Pior do que planos centralizados e opressores é a ausência de planos. Se a prática anterior não for substituída por um processo de planejamento local e participativo, cairemos numa situação de anarquia administrativa, de um *laissez-faire* extremamente

arriscado, em que as palavras de ordem passariam a ser "apagar incêndios", "atender demandas urgentes", "gerar consultas" e outras de caráter similar. As políticas públicas de descentralização de nosso sistema de saúde são, sim, muito ricas e promissoras, mas trazem ao poder local a obrigação de assumir um papel mais pró-ativo no processo de definição dos destinos do sistema (MEHRY, 1994). A partir dos anos 1960, quando o planejamento em saúde começa a ser discutido de fato, grande número de autores dedicou-se ao tema, destacando-se entre suas obras as intituladas *Pensamento estratégico em saúde*, de Mario Testa, e *Planejamento estratégico situacional (PES)*, de Carlos Matus.

Giovanella (1990), ao estudar a obra de Testa, aponta que este elabora uma proposta *acerca do planejamento de saúde*, ainda que sem prescrever um método de planejamento, mas indicando um modo de entender o processo de planejamento e identificando uma direção para esse processo. Assim, Testa não propõe um conjunto ordenado de procedimentos e técnicas de intervenção em situações de conflito complexas.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), por sua vez, surgiu da rejeição da idéia de uma só racionalidade — a econômica — para a solução das questões políticas e sociais e também do reconhecimento da pluralidade de atores sociais em conflito numa realidade complexa e dinâmica. É um instrumento de gestão voltado à resolução de problemas, no qual os atores sociais participam efetivamente.

O método PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. O problema é algo detectado que incomoda o

ator social e o motiva a buscar soluções adequadas, ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um padrão que considera inadequado ou intolerável e, ainda, o estimula a enfrentá-lo, visando a promoção de mudanças (MATUS, 1996). Os enfermeiros participantes do estudo não registraram a aplicação de uma abordagem teórica que oriente as atividades de planejamento por eles desenvolvidas. No entanto, os conteúdos dos depoimentos dão destaque à atividade de planejamento. Assim, na análise dos próximos depoimentos, ainda tendo como referência o trabalho multidisciplinar, constará a descrição da atividade gerencial do enfermeiro e sua interface com o planejamento:

“Então às vezes a equipe fica muito sobrecarregada e não consegue desenvolver o trabalho da forma como a gente queria, como foi planejado. A gente traça o planejamento em conjunto, a equipe de saúde, inclusive os agentes. A gente acaba chegando a acordo [quando há divergências] e não faz da forma como a gente quer.” E-12 (13, 36)

“Nós usamos os dados da população para priorizar o atendimento e eu tenho me sentido sozinha para o planejamento das ações. Aqui nós fazemos todos os programas; só falta o do adolescente. O PSF, eu tenho uma agenda de atendimento; a gente organiza o serviço com essa agenda para que a gente possa atender a demanda da melhor forma. Só que mesmo com essa agenda e o tempo que se tem para esses atendimentos não é possível atender a todos. Aqui na unidade, nós priorizamos as situações, os casos, para que a gente possa estar atendendo a demanda lá fora.” E-18 (1, 18, 19)

“[...] a gente conversa com eles [agentes] toda segunda-feira de manhã, pega o que houve na área naqueles dias e tem bastante coisa assim. Todos têm que estar presentes. Aí faz a nossa programação daquele dia e da semana e muda toda a programação quando eles trazem um caso que demanda visita ou outra providência.” E-20 (12)

“[...] tem coisa que já vem pronta. Mas eu adequo da forma como eu vejo que dá melhor resultado. E cada equipe, eu acho, tem liberdade, pelo que tenho visto com as colegas. No começo era tipo uma receita, mas agora cada um tem suas características. Eu cheguei, já estava fazendo assim, eu

seguir e deu certo. [...] eu nunca tive essa oportunidade de discutir a organização do trabalho com todas as equipes.” E-18 (28, 29)

Como dissemos, esses depoimentos discutem as formas adotadas pelas equipes para elaborar o planejamento das ações. O primeiro depoimento revela claramente que as atividades da equipe são planejadas, e o são em conjunto, sendo as divergências negociadas. No segundo depoimento, o enfermeiro descreve sentir-se solitário na ação de planejamento e acrescenta que, mesmo planejando o atendimento destinado à população, este não tem sido suficiente para atender à demanda assistencial. Tal situação precisa ser revista, em primeiro lugar porque anuncia uma necessidade sentida pela população e o conseqüente desgaste dos profissionais que se expõem aos enfrentamentos resultantes dessa insatisfação. Caso tal situação se prolongue, poderá conduzir ao descrédito da ação de planejamento, a qual deixará de ser empreendida. No terceiro depoimento, o enfermeiro informa que realiza o planejamento das ações tendo em conta as informações trazidas pelos agentes comunitários e descreve uma atitude flexível da equipe em alterar a programação em função das novas demandas apresentadas por esses profissionais. No último depoimento, o enfermeiro relata que a SESAU propõe metas a serem cumpridas pelas equipes, existindo porém espaço para a adequação das ações às necessidades da população, de acordo com o entendimento de cada equipe.

Esses discursos são assim complementados pelos depoimentos do grupo focal:

“Todo mês você tem uma idéia de quantos vacinaram, quantas mulheres fizeram o preventivo. Eu não estou no PSF, mas as informações do PACS são muito parecidas com as do PSF; então a gente tem essa visão e isso ajuda muito.” (GRUPO FOCAL 3)

“A gente trabalha com a nossa informação. Eu trabalho com o meu número de idosos, meu número de acamados, eu é que sei. O meu agente comunitário tem 170 famílias. Ele tem que trazer no final do mês 170 visitas, isso é cobrado. Então eu tenho todos os dados [...], então a gente trabalha em cima disso. Eu faço a minha programação em cima da minha realidade.”
(GRUPO FOCAL 3)

“Esses dados sobre a população estão disponíveis na rede, porque eu passo pra lá todos os meses. E a gente pode confiar naqueles dados que estão lá.” (GRUPO FOCAL 3)

Tomadas em conjunto, essas falas revelam uma atuação muito favorável em direção ao proposto pelo novo modelo assistencial, pois as atividades são planejadas tendo como referência as necessidades da população e os enfermeiros pautam o trabalho de planejamento em dados reais, como recomendam os estudiosos do assunto. Os depoentes informam confiar nos dados disponíveis na rede.

Nos próximos depoimentos, os enfermeiros relatam mais algumas dificuldades para a obtenção dos dados necessários ao planejamento:

“Olha, o controle total da saúde da população da área realmente é difícil você ter. Primeiro porque o elo com a população é com o agente comunitário, tem microáreas descobertas, a população muda, eles mudam e você não tem conhecimento disso. A gente tem uma noção que dá para você trabalhar em direção ao atendimento daquelas necessidades. A gente vê resultados.” E-12 (21, 23)

Quanto a isso, o grupo focal acrescenta:

“O único inconveniente que eu vejo é que a gente subsidia estes dados a partir dos agentes comunitários e, quando eu não tenho o agente comunitário em atividade, aí com certeza vai estar aquém. A falha que tem ainda são os agentes comunitários em licença médica, que às vezes são licenças prolongadas e que dificultam nosso trabalho. Pode ser que tenha algum agravo naquela determinada microárea descoberta e nós não temos conhecimento para desenvolver alguma ação.” (GRUPO FOCAL 3)

Em muitas falas, os enfermeiros revelam não contar com agentes comunitários suficientes para cobrir toda a área, não dispondo por isso de dados que permitam subsidiar o planejamento das ações da equipe. Essa deficiência no quadro de agentes muitas vezes se deve a afastamentos por problemas de saúde. A rotatividade dos moradores nos imóveis agrava tal situação, acarretando muitas vezes o desconhecimento de agravos à saúde de um ou mais usuários do sistema por falta de informação atualizada, além de prejuízos nos dados que subsidiam o trabalho da equipe. Em síntese, os depoimentos sobre planejamento do trabalho das equipes apresentados até aqui enfocaram a forma como esse planejamento é desenvolvido e a origem dos dados que o embasam. Os planejamentos são feitos por períodos (mensais, semanais e até diários), a depender da necessidade, sendo portanto flexíveis. Aquele realizado pelas equipes da unidade se orienta pelas metas estabelecidas pela Secretaria, porém adaptadas às necessidades locais. As falas registraram ainda fatores que dificultam a elaboração do planejamento. Os depoimentos seguintes elucidam a relação entre planejamento e trabalho em equipe:

“O trabalho no PSF tem que ser organizado. justamente por ser um trabalho em equipe, para você conseguir da melhor forma possível contemplar tudo aquilo que você planeja cumprir e o que é cobrado, determinado para ser feito, por que a gente tem metas. Aqui é a única unidade com quatro equipes, mas conseguimos nos organizar dentro das salas para o atendimento.” E-17 (1, 5)

O grupo focal complementa essa idéia:

“O PSF exige muito. Ou você faz [planejamento] ou você fica aí só atendendo, atendendo e enchendo aí de fila, de gente aí na porta para atender. E se você faz o PSF direitinho, faz a prevenção, você vai às casas, aí você não tem fila. E se você não fizer, você vai ter eternamente uma fila enorme de gente para consultar, e tem que evitar isso.” (GRUPO FOCAL 3)

Essas falas situam o planejamento como ferramenta fundamental para a organização do trabalho em equipe, o que coincide com o entendimento que elaboramos anteriormente. Por se tratar de trabalho coletivo, o trabalho em equipe depende de planejamento. A necessidade do planejamento, pode-se dizer, está na origem da organização do trabalho coletivo. O primeiro depoimento concorda com esse entendimento e ainda faz referência à capacidade de organização do trabalho das quatro equipes no interior da unidade, atribuindo o sucesso de tal organização ao rigor com que as atividades são planejadas. O segundo depoimento destaca a necessidade de adoção de um processo de planejamento, prevendo desordem na ausência deste, desordem essa que se refere à capacidade de atendimento, o qual, dependendo da efetividade do planejamento, irá se definir ou pelo caráter proposto pelo novo modelo assistencial, que privilegia as atividades de caráter promocional e preventivo, ou pelo caráter curativo, queixa–consulta.

Os depoimentos a seguir discutem questões relacionadas ao planejamento tendo em vista a organização geral do trabalho das equipes na unidade e focalizando a necessidade de reflexão do grupo:

“Eu tenho que ter um tempo para me sentar com a minha equipe e analisar. A gente acaba se isolando em baixo da árvore e parece que você está fazendo uma coisa errada, sendo que esse tempo deveria ser valorizado pela nossa chefia, sabe? [...] muito importante se tivesse nas unidades pessoas que fossem capacitadas; elas valorizariam o nosso trabalho, um outro enfoque, e saberiam que a gente precisaria de um tempo para analisar os dados para daí se planejar as atividades.” E-16 (55, 56)

O depoimento do grupo focal complementa esse entendimento:

“Foi cobrado [pela Secretaria] a realização das nossas reuniões semanais. Mas eu tenho uma gerente e ela cobra muito, exige a nossa reunião da equipe (médico, enfermeiro, assistente social, auxiliares de enfermagem e

agentes). Isso é da equipe; é a equipe quem tem que planejar e realizar isso; não tem que esperar pela gerente. Nós sentamos, nossa escala é feita, nossa equipe tenta colocar o trabalho dessa forma, mas não é uma reunião: é um dia de estudo, de trabalho de planejamento, [...] mas você tem que fazer, porque senão, não vamos a lugar nenhum com o PSF.”
(GRUPO FOCAL 3)

Como vimos, embora a atividade de planejamento, espinha dorsal das ações de saúde na rede básica, tenha sido incorporada pelas equipes, ainda se requer uma prática institucional que instile nas equipes uma consciência sobre a importância do planejamento para o trabalho de todos os profissionais envolvidos. No primeiro depoimento, o enfermeiro revela a impossibilidade de realizar seu trabalho como coordenador com os agentes comunitários de saúde e membros da equipe, e atribui a responsabilidade pelo transtorno a sua chefia, comentando a falta de preparo dessa profissional para o desempenho de tal função. Numa definição ampliada, que dê conta de descrever sua complexidade, a saúde certamente inclui as concepções e percepções do indivíduo, sua capacidade de influir na própria vida e os processos de ser saudável e adoecer. Nesse sentido, a saúde é algo em constante mudança, uma sucessão de compromissos com a realidade em direção ao bem-estar físico, mental e social. Conquistar meios capazes que permitam a regulação das variações do estado orgânico, proceder às adaptações necessárias ao meio, realizar desejos e dispor de liberdade de ação individual e coletiva são elementos potencialmente capazes de proporcionar bem-estar que fazem parte do projeto de mudanças no setor de saúde. Os agentes comunitários são os depositários dessa compreensão, e quem trabalha tal aspecto com esses agentes são os enfermeiros. Certamente, conduzir um processo com essa complexidade requer que se problematizem essas questões, que incluem saberes e práticas em saúde não institucionalizadas, ou seja, que são partilhadas por outras instâncias da

sociedade (como a família, a escola, a comunidade). Esse trabalho exige tempo e reflexão e precisa ser valorizado pelos profissionais que coordenam tal processo.

No último depoimento transcrito do grupo focal, o enfermeiro relata a cobrança pela Secretaria de que as reuniões de planejamento sejam semanais, o que contraria a posição adotada pelo gerente, descrita no excerto anterior. O participante do grupo focal também explicita diferenças na atitude gerencial, ao informar que sua gerente também delega à equipe a responsabilidade pela realização das reuniões. O depoente acrescenta que sem esse direcionamento o trabalho em PSF está fadado ao fracasso.

As equipes de saúde da família se constituem de dois profissionais de nível superior: o médico e o enfermeiro. Desde os primórdios da organização das práticas assistenciais de saúde, nos séculos XVII e XVIII, o profissional médico ocupou o topo da pirâmide social e técnica do trabalho. No entanto, em tempos de mudança paradigmática, em que se propõe alterar o modelo de organização das práticas de saúde, vêm surgindo novas formas de organização desse trabalho que incorporam saberes e valores de outros campos do conhecimento, o que, em um movimento gradativo, vem trazendo desgaste ao *status* profissional antes atribuído a esse profissional — e até ousaríamos dizer: promovendo uma recomposição da interpretação que nós, como enfermeiros, damos às relações que se estabelecem no interior das equipes. É o que revelam os seguintes depoimentos:

“É claro que a população ainda vê o médico, o trabalho do médico, eles ainda têm essa visão da consulta. A gente acaba trabalhando muito em conjunto. Mudou bastante, já tem muita gente procurando o trabalho do enfermeiro. Então eu acho que eles valorizam todos os profissionais. Já mudou esta visão que é só o médico.” E-12 (38, 40)

“O médico que está trabalhando com a gente é recém-formado. Porque os outros médicos que estiveram por aqui eram especialistas formados há muito tempo e não incorporaram a proposta do PSF. [...] é esforçado, me respeita como profissional, me dá liberdade e aceita que enfermeiro atenda consulta, prescreva e solicitar exames; enfim tudo que é de competência do enfermeiro.” E-16 (18, 19)

Como interpretar esses depoimentos? Houve mesmo uma mudança de visão, como afirmado? O segundo menciona que o médico lhe “dá liberdade e aceita” que cumpra o que é de sua competência como enfermeiro — competência essa, aliás, legalmente reconhecida. Ao que parece, o entrevistado considera isso um avanço. Diante do exposto, entendemos que é preciso realizar análises aprofundadas da realidade por meio de uma observação cuidadosa das representações e das práticas, buscando compreender as percepções construídas diante das adversidades às quais nós, profissionais, estamos submetidos. Esses movimentos são essenciais para revalorizarmos o diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo, de modo a se reinterpretarem conceitos adequando-os aos novos tempos.

Encontramos também muitos conteúdos referentes ao trabalho do agente comunitário de saúde, um dos trabalhadores fundamentais na composição da equipe. Segundo Barros (2006), a função de agente comunitário de saúde teve origem quando, em 1979, realizou-se em Alma-Ata um evento de repercussão mundial e grande relevância política para o debate político no campo da saúde: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Atentava-se, nesse período, para uma estratégia que garantisse acesso igualitário à saúde para toda a população. Instituíram-se líderes comunitários para viabilizar tal proposta e, no Brasil, surgiu o agente de saúde. Configurou-se

como meta global aquela denominada “Saúde para todos no ano 2000”, postulando a doutrina da Atenção Primária de Saúde, que visava resolver os problemas de saúde resultantes da baixa oferta dos serviços.

Em 1991, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (a princípio PNACS e posteriormente PACS) com o objetivo de reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil. Mais tarde, o programa foi implantado em todo o território nacional (BARROS, 2006).

O agente comunitário de saúde não possuía categoria definida por lei e não era reconhecido pelos demais membros da equipe, já que não dispunha de formação específica na área de saúde. Sendo assim, a implantação desse programa foi marcada por grandes divergências políticas e ideológicas, particularmente a oposição das entidades de classe de enfermagem, que lutavam pela qualificação de todos os atendentes de enfermagem, como exigia a Lei 7 498, de 25 de junho de 1989 (Lei de Exercício Profissional da Enfermagem), que estabelecia prazo de 10 anos para extinção da categoria de atendente.

Por outro lado, com a atuação dos agentes comunitários de saúde, os indicadores passaram a revelar uma queda considerável da mortalidade infantil no Nordeste do País e um controle da epidemia de cólera no Amazonas, entre outras ações que ganhavam repercussão nacional. Isso significa que esses agentes, apesar de subordinados aos profissionais de saúde, tinham dado início a atividades antes não executadas estes. Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 262) ressaltam que ao longo desse tempo “os Agentes Comunitários de Saúde [...] se

transformaram em uma força de trabalho numerosa e essencial no contexto da realização da principal estratégia de ampliação de cobertura e reformulação da atenção à saúde no Brasil, atualmente a saúde da família”. Em consequência desse quadro, foi estabelecida a base legal para essa profissão, configurada hoje na Lei 10 507, publicada em 10 de julho de 2002.

O agente comunitário de saúde é considerado o elo entre a equipe de saúde e comunidade, tendo como função essencial transmitir conhecimentos científicos para o universo popular, facilitando o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Verifica-se que o agente tem inserção singular na atenção à saúde da família, exercendo ações estratégicas. Para buscarmos nos depoimentos dos enfermeiros conteúdos que registrem sua percepção sobre o trabalho destes agentes nas unidades estudadas, não poderíamos deixar de considerar seu papel no âmbito geral da política de saúde, a regulamentação de sua função e, evidentemente, sua inserção na SESAU:

“Os agentes são bem orientados, assimilam bem. Na verdade é o elo de comunicação com a comunidade [...]. [...] eles vão ter que voltar lá no mês que vem; então se eles não resolvem os problemas, serão cobrados. Teoricamente, em todas as famílias eles têm que passar uma vez por mês e/ou conforme a necessidade.” E-11 (27, 28)

“Meu trabalho com relação aos agentes é mais de supervisão. E a Secretaria dá um caráter de supervisão rigoroso e até punitivo. Eu não vejo dessa forma e procuro corrigir as falhas. A nossa relação é no sentido de fazer com que eles entendam que eles são fundamentais para o trabalho desenvolvido pela equipe e são eles que fazem o elo com a comunidade, mas, quando precisa, mostro que eu sou a enfermeira. E elas percebem que eu estou atenta ao cumprimento de um trabalho de qualidade e de estar mostrando o porquê das eventuais cobranças, e o diálogo entre nós é muito confortável.” E-13 (17 21)

Os depoimentos têm em comum o fato de os enfermeiros situarem, em coerência com a literatura, os agentes comunitários de saúde como “elo de ligação” entre o serviço de saúde e a comunidade. Exatamente essa característica do trabalho do agente foi tomada por Nogueira, Silve e Ramos (2000, p. 10) para classificá-lo como mediador social, por se caracterizar como “um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado”. Silva e Dalmaso (2002, p. 15) corroboram essa visão ao compreenderem esse agente como “um elemento nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, em especial de programas que expressam modelos para reorientação da assistência à saúde”. Muitos dos pontos colocados por Nogueira, Silva e Ramos (2000) foram percebidos nessas falas. A quantidade de referências ao trabalho dos agentes comunitários de saúde explicitadas pelos enfermeiros pode estar expressando interesse pela importância estratégica desse trabalhador para o funcionamento global da proposta assistencial do SUS na atenção básica, como revela o segundo depoimento. As falas ainda explicitam que o enfermeiro mantém atenta supervisão do trabalho desse agente. Sobretudo no segundo depoimento, verifica-se que o processo gerencial proposto pela SESAU prevê uma relação de autoritarismo entre o enfermeiro e o pessoal sob sua coordenação. Embora o enfermeiro revele que aceita conduzir o trabalho tendo como eixo relações verticalizadas, informa que usa o diálogo como estratégia de conscientização da equipe que coordena. Cabe ainda considerar que o trabalho dos agentes comunitários de saúde tem relação direta e contínua com a comunidade,

que faz cobranças quando suas necessidades não são atendidas. Os depoimentos que se seguem revelam que as diretrizes operacionais estabelecidas na Portaria 1 886/GS/MS/1997 (BRASIL, 1997) estão sendo cumpridas. A portaria propõe que o agente deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde realizando visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na unidade básica de saúde de sua referência (BRASIL, 1997).

“A gente conseguiu fazer que ele [o agente] mudasse os hábitos dele em relação a saneamento, higiene e a própria saúde. Porque a gente fala assim: ‘Se você não der exemplo, você não pode cobrar’. Ele mudou a visão dele, da família dele e assim por diante, mas tudo incentivado pelo PACS. Com o programa do agente houve ganho em relação à qualidade, melhoria de vida da população.” E-15 (9, 11)

“O trabalho com o agente, ele é um indivíduo da comunidade, [...] nem todos têm um nível de escolaridade bom, eles se deixam influenciar pelos líderes da comunidade, porque também envolve politicagem. Então os agentes não estão sabendo ainda diferenciar bem as coisas. Então a gente tem que ir conversando, falando e mostrando, batendo na mesma tecla. E reforçar sempre que o médico está aqui para fazer a prevenção.” E-16 (15, 17)

Esses depoimentos não só mostram o cumprimento da referida portaria, mas enfatizam a especificidade do trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde. No primeiro depoimento, o enfermeiro descreve as atividades desse agente utilizando uma linguagem que sugere o uso de estratégias vinculadas à abordagem de ensino e gestão tradicionais. No entanto, demonstra acreditar no potencial transformador das ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros, as quais configuram uma mudança nos hábitos dos agentes, e focaliza os resultados positivos desse conjunto de ações nas condições de vida da população. No último

depoimento, o enfermeiro revela dificuldades com a preparação do agente, que normalmente dispõe de pouca escolaridade, e aponta a necessidade de prepará-lo para enfrentar questões de natureza político-partidária que permeiam o campo das relações sociais na comunidade. Tais forças, nem sempre comprometidas com o bem-estar da comunidade, estimulam o desenvolvimento de atitudes de resistência ou oposição à consolidação dos propósitos do SUS. Para minimizar a influência dessas pressões, desenvolvem um trabalho de conscientização dos agentes, para torná-los cientes de que o papel do médico da equipe não é o atendimento em consultas, mas que ele, tal como os demais membros da equipe, está comprometido em promover a prevenção.

Em linhas gerais, os depoimentos dos enfermeiros, em conformidade com a literatura, giraram em torno do planejamento, da supervisão e do controle das atividades produzidas pelos agentes comunitários de saúde em sua unidade, além de abordarem também o modo como lidam com a capacitação dos agentes:

“[...] trabalho com os agentes? A gente faz reunião semanal, fechamento uma vez por mês sobre a produção e a gente cobra o cumprimento daquilo que a gente chama de eixo prioritário, que são os programas básicos e o acompanhamento dos pacientes desses eixos.” E-15 (3)

“A relação com o agente comunitário é boa, porque além de reunirmos uma vez por mês, toda quinta-feira os agentes passam todos os dados novos acerca do trabalho da semana e planejamos o trabalho semanal, fazemos um roteiro de visitas. Então, quando a gente vai fechar relatório, todas as dúvidas são colocadas. A gente faz o fechamento sempre juntos, porque o problema de um serve de exemplo para o outro.” E-16 (22, 23)

“[...] o trabalho com os agentes, de orientação, supervisão, capacitação, passando informação do funcionamento da unidade, como desmarcar consulta, às vezes uma busca ativa que a gente solicitava para eles nesse sentido. O trabalho com os agentes? A gente faz uma reunião por semana e toda -terça-feira eu saio com um deles e ali já planejamos as visitas em

função das informações que os agentes trazem. A gente planeja bem as ações da semana mesmo.” E-19 (18)

“Nós controlamos as atividades dos agentes através da ficha que eles chamam de ‘loteria’. Eles vão fazendo as visitas e circulando o número da família que visitou para controle deles, nosso e da Secretaria, para ver se alcançaram a média. [...] eu não chego impondo, mas sempre deixo claro que temos que ter um trabalho profícuo, nós somos uma equipe para cumprirmos as metas exigidas pelo PSF.” E-19 (20, 21)

Confirma-se aqui uma seqüência de atividades administrativo-gerenciais dos enfermeiros para com os agentes. A forma como essas atividades são realizadas não difere daquela adotada no hospital, sob a abordagem clássica da administração, revelando o uso de estratégias que não favorecem o desenvolvimento do trabalho em equipe e a realização do planejamento participativo, não contribuindo assim para organizar o trabalho de forma a facilitar a construção do cuidado integral. No entanto, percebe-se que o trabalho do enfermeiro tem um direcionamento que, além de privilegiar as características aqui descritas, denota preocupação com o cumprimento de metas de produção elaboradas externamente. Outra questão, observada nos conteúdos dos depoimentos, refere-se às atividades educativas voltadas à preparação dos agentes, apoiando-se nas necessidades apresentadas no cotidiano de trabalho.

O próximo depoimento apresenta mais um dos aspectos que caracterizam o trabalho do enfermeiro à frente das equipes:

“[...] Toda manhã, os agentes, junto comigo, eles me passam as coisas que têm, resolver pacientes [...]. [...] eu me programo no dia da visita e aí eu vou fazer visita de rotina [...], se for urgência eu ou a médica a gente vai junto para ela ver, porque precisa de medicação, encaminhamento.” E-11 (23, 24, 25)

O que nos chama atenção nesse excerto é que, ao cumprir a função de supervisão contínua do trabalho dos agentes o enfermeiro incorpora ainda a de atender a tempo as necessidades da população. Em outras palavras, as prioridades do trabalho assistencial, como já vimos, se vinculam às informações trazidas pelos agentes comunitários de saúde, tendo como referência as necessidades do usuário, correspondendo assim aos pressupostos do desenho tecnoassistencial proposto pelo SUS.

Para analisar os conteúdos relacionados às práticas educativas destinadas aos trabalhadores na atenção básica, nos amparamos no entendimento expresso por Ceccim (2005), que, ao estudar a necessidade de Educação Permanente em Saúde, observa que a velocidade com que os conhecimentos e saberes se renovam na área de saúde e a distribuição de profissionais e de serviços para o conjunto da população segundo o princípio da acessibilidade fazem com que torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. O autor considera a introdução da Educação Permanente em Saúde uma estratégia fundamental à recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. A denominação Educação Permanente em Saúde foi escolhida porque, como vertente pedagógica, essa formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. A designação carrega uma definição pedagógica para o processo educativo, a qual coloca o cotidiano do trabalho em saúde em permeio às relações concretas, possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos nesse cotidiano (CECCIM, 2005) — o que nos parece ser uma estratégia adequada para responder às necessidades de reflexão das realidades de trabalho descritas pelos enfermeiros. Organizamos os conteúdos que tratam dessas questões como práticas educativas

no trabalho, ordenando-os de forma a discorrer primeiro sobre as práticas educativas destinadas aos agentes e posteriormente aos enfermeiros na SESAU:

“Tem um preparo, sim. Ano passado eles fizeram o primeiro módulo do curso de qualificação do ACS [agente comunitário de saúde] e estão aguardando o Ministério da Saúde liberar o recurso para dar continuidade ao curso. Até mesmo antes desse curso, quando eles entram, recebem apostilas, orientação e é tudo normatizado. A visita domiciliar do ACS é normatizada. Esse curso que veio para os agentes contribuiu para melhorar a auto-estima deles e a questão também da educação, porque tem muitos que só têm a escola fundamental.” E-12 (32, 33, 49)

“Eles estão se formando agora, porque até hoje qualquer um poderia ser um agente. A partir de agora, para ingressar num cargo de agente tem que ser agente comunitário. É uma profissão. Outra coisa que a gente faz com eles são as atualizações. Chegou uma informação nova do Ministério da Saúde em relação à imunização, a gente repassa. Toda semana sempre tem alguma coisa para estar repassando.” E-15 (12, 13)

“Eles passaram por um treinamento no ano passado. A gente tem o hábito de educação em serviço para proceder à orientação para a população a respeito dos assuntos corriqueiros da comunidade e que estejam relacionados com as atividades deles.” E-13 (37)

“Os agentes comunitários, por eles terem passado por esse tipo de metodologia, a gente tem procurado trabalhar em cima dessa metodologia, primeiro porque eles já conheceram, e que nada mais é do que você ver a sua realidade. Então ele não vai ficar viajando; ele vê o problema: é aquilo, pronto, e acabou. E se ele não conseguir resolver, ele traz para a equipe para resolver.” E-17 (43)

Nesses depoimentos, os enfermeiros registram o acompanhamento desse processo e ainda informam que, internamente, a SESAU tem toda uma normatização que regulamenta a atuação dos agentes no âmbito do município. Preocupam-se com a atualização dos agentes, descrevendo que sistematicamente repassam as atualizações oriundas do Ministério da Saúde, além de prepararem o desenvolvimento das atividades do agente no dia-a-dia. Os enfermeiros fazem

referência ao curso de preparação oferecido aos agentes, não só no que diz respeito à preparação profissional específica, mas em educação geral, uma vez que o grau de escolaridade dos que estão no mercado não alcança o ensino médio. Consta também uma observação do resultado desse processo na promoção do “ser humano”, permitindo ao profissional elevar sua auto-estima. O último depoimento faz referência à metodologia utilizada no curso de formação de agentes. Trata-se da adoção da abordagem pedagógica problematizadora. Talvez a percepção registrada pelo enfermeiro se deva ao fato de haver ele próprio participado de curso orientado sob essa perspectiva. O enfermeiro ainda expressa o reconhecimento de que o agente formado sob essa abordagem tem maior facilidade de contextualização e resolução dos problemas encontrados no cotidiano de trabalho. Embora essas iniciativas constituam mudanças no campo da formação dos profissionais de saúde, e ainda que neste momento se limitem à formação de agentes comunitários de saúde, elas não caracterizam um processo de trabalho que explicita uma política de Educação Permanente em Saúde, pois não foram adotadas de forma sistemática. Há que se considerar que a Secretaria deve dispor de outras categorias profissionais atuantes que não apenas as de saúde. No entanto, para a qualificação e atualização dos profissionais de saúde, a SESAU deve dispor de uma programação que considere a política nacional de educação permanente em saúde, destinada ao atendimento das demandas dessa natureza. Os próximos excertos tratam dessas questões:

“A secretaria oferece os cursos; aí cada unidade vai se programar. Todo mês a gente recebe uma programação de cursos [...]. [...] o ideal, quando uma pessoa entrasse no PSF, ela recebesse aquele treinamento introdutório, e nem todos receberam. É uma coisa necessária porque tem uma proposta de começo, meio e fim da ação de saúde pública.” E-17 (37, 38)

“Foi muito complicado porque eu não trabalhava com PSF e muito pouco eu sabia também. Era uma coisa muito nova. Então nós todos viemos para cá sem um preparo prévio, curso, treinamento nesse sentido. Depois nós fizemos uma introdução [três dias] onde foi passado o bê-á-bá mesmo, e também não foi suficiente para a gente estar compreendendo.” E-13 (3, 4)

“E a gente no começo já sofreu por não receber muitas informações, e no final de mês você tem que fazer isso, calcular aquilo. E não falou, assim, qual objetivo o que a gente pode fazer. Então assim, a gente está aprendendo. [...], na Secretaria não tem nada para te atualizar em relação às coisas novas. Lá tem um site, mas só tem números, mais nada, assim, para te atualizar. A única coisa que recebi foi a atribuição de cada profissional. O restante, eu que fui buscando.” E-19 (7, 27, 31)

Os depoimentos do grupo focal complementam esses aspectos:

“Agora estou no PSF e, assim, estou um pouco decepcionada com o que eu vi no PSF. Se funcionasse realmente como está na teoria, seria maravilhoso, mas não é isso que a gente vê. Agora estamos implantando o PSF há mais ou menos três meses. A equipe foi montada e colocada lá sem nenhum treinamento e a gente está fazendo, e acha que está fazendo o certo. Essa é uma das dificuldades que eu acho em relação à Secretaria de Saúde — sempre achei: eles colocam você no serviço e depois que você esta lá há tempo é dito: ‘Então agora vamos capacitar esta pessoa que está aqui’.” (GRUPO FOCAL 3)

“[...] por conta dessa questão da produtividade, hoje eles cobram muito do enfermeiro, mas não me falaram o que era o PSF, o que eu tinha que fazer, quais os impressos. E eu nem tinha conhecimento desses papéis, muito menos como se preenchia esses papéis. [...] até que um dia deram o ‘basicão’, mas que mesmo assim não te dá suporte para você continuar a questão do PSF. Isso aí você vai aprendendo no dia-a-dia mesmo. Nós passamos meses para achar o que nós estamos trabalhando atualmente. Eu não sei se é o certo, mas é o que atualmente estamos usando.” (GRUPO FOCAL 3)

Embora no terceiro depoimento o enfermeiro exponha que a Secretaria não oferece cursos de atualização, os demais depoimentos registram a possibilidade de realização de atividades de preparação e atualização para os profissionais

graduados, mas essas atividades não se desenvolvem com um cronograma que acompanhe o processo de inserção das novas equipes, o que expõe os enfermeiros a desgaste desnecessário. Essa situação não é incomum, a contar pelo número de reclamações. Como expressa o primeiro depoimento, o trabalho em saúde pública contém uma proposta com começo, meio e fim que precisa ser assimilada por todos os que ingressam na equipe e particularmente pelos responsáveis pela condução do processo de implantação dessas equipes: os enfermeiros. Não nos foi possível interpretar se a visão conceitual que ampara a compreensão do enfermeiro fundamenta-se na concepção de saúde pública ou da saúde coletiva, enquanto campos do saber e de intervenção na atenção básica. Os relatos do grupo focal não acrescentam conteúdos novos, mas reforçam as necessidades já apontadas nas entrevistas individuais. No entanto, observamos que os enfermeiros, ao se referirem às atividades educativas, as denominavam de “treinamento”. Essa terminologia, além de não corresponder a lógica adotada pela Educação Permanente em Saúde, normalmente se traduz na realização de uma seqüência de cursos descoordenados, não garantindo a implementação de um projeto global de desenvolvimento de recursos humanos, e de fato os discursos confirmam não existir uma política de educação permanente para a formação dos trabalhadores de saúde na SESA. No entanto, encontramos depoimentos que revelam entendimentos diferentes daqueles acima expostos:

“[...] Então a Secretaria tem investido. Melhorou muito essa questão de treinamento para o enfermeiro, porque antes não tinha nada disso.”
(GRUPO FOCAL 3)

“Eu acho que falta ao profissional um pouco mais de dedicação, estudo, procura e principalmente participar das oportunidades que a instituição oferece, como agora, o curso de especialização em saúde da família, que estou fazendo e que me abriu os olhos para esse lado.” E-18 (26)

Nas discussões em grupo emergiu a manifestação de que os enfermeiros estão percebendo haver mais investimento da SESAU, com o freqüente oferecimento de cursos para atualização dos profissionais que atuam na rede. O segundo depoimento menciona o oferecimento do curso de formação em saúde da família, que é uma especialização e constitui oportunidade que o enfermeiro acha que deve ser mais bem aproveitada. O curso resulta de convênio entre a SESAU e uma instituição de ensino superior, não sendo ministrado com a mesma freqüência que outros. Mesmo considerando os limites apresentados, as práticas educativas que vêm sendo realizadas pela SESAU revelam investimentos na perspectiva da educação permanente, podendo configurar uma política de formação dos trabalhadores de saúde dessa Secretaria. Esses sinais revigoram nossa defesa da incorporação da educação permanente nesse órgão de governo, por a entendermos como uma estratégia adequada para trabalhar realidades complexas e em processo de transformação. Tais características são compatíveis com as realidades apresentadas e discutidas no cotidiano de trabalho dos enfermeiros das unidades estudadas. A perspectiva da educação permanente caracteriza-se como apropriada, a nosso ver, porque cada um dos trabalhadores do SUS, na atenção e na gestão, bem como os usuários, têm idéias, conceitos, concepções acerca da saúde, de sua produção, do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada um e cada unidade devem cumprir na prestação de serviços de saúde. E é a partir disso que se processa a inserção das pessoas nos agrupamentos de profissionais e/ou equipes em cada ponto do sistema. Assim, é a partir dessas concepções, que mediam a organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera e cada usuário e cada coletivo expressam suas expectativas, necessidades e demandas. Para produzir reflexões com essa abrangência, consideramos a Educação Permanente

em Saúde como ferramenta capaz de dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las no concreto do trabalho das equipes e produzir mudanças que sejam coerentes com os princípios da reforma sanitária, da atenção integral e da qualidade na assistência (BRASIL, 2005b).

As questões políticas revelaram-se presentes no cotidiano de trabalho da SESAU, sendo freqüente objeto de discussão, como revela o próximo depoimento, que aponta a necessidade de melhorar o processo de escolha para cargos:

“Uma coisa que precisa ser colocada é a necessidade de preparo dos profissionais para os cargos. A instituição tem que se preocupar com isso e saber quem está colocando.” E-14 (11)

Essa fala retrata em primeiro lugar a necessidade de preparação dos que exercerão funções. A descentralização dos serviços de saúde ocorreu efetivamente com a Constituição de 1988, que criou o SUS. Esse processo trouxe uma nova responsabilidade para os municípios, a saber, a da gestão municipal da saúde. Ao longo desse processo, ocorreu uma ampliação da rede básica de saúde municipal, com distritalização e aumento do atendimento. O desenvolvimento da capacidade gerencial tem se apresentado como uma condição decisiva para a melhoria da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde do sistema municipal. Tendo em vista o atendimento a essas demandas, o Ministério da Saúde, com a cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e sob a responsabilidade do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação do Brasil, organizou a proposta para o desenvolvimento de capacidade gerencial em unidades básicas de saúde, componente inicial do Projeto GERUS (BRASIL, 2000b).

O Projeto GERUS se caracteriza como uma intervenção no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, centrado na formação e qualificação técnica e administrativa de gerentes de unidades básicas, com o objetivo de promover o desenvolvimento institucional e aumentar a capacidade gerencial, na perspectiva da mudança das práticas sanitárias e do modelo de atenção à saúde. A clientela constituiu-se de profissionais de nível superior que ocupavam funções de gerência em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2000b). Portanto, a preocupação expressa no depoimento é procedente por considerar a necessidade de que a designação dos ocupantes de cargos tenha como critério a qualificação profissional. O enfermeiro entrevistado, ao se pronunciar dessa forma, deve estar fazendo referência à ocupação dos cargos por indicação político-partidária, lamentavelmente muito comum neste meio e registrada em estudos anteriores.

A possibilidade de interpretação de aspectos novos que surgem no decorrer da análise tem nos estimulado a buscar conhecimento que nos permita compreender melhor cada situação. Nesse sentido, se coloca como desafio mais um aspecto relacionado ao cotidiano dos enfermeiros: as condições de trabalho. Em qualquer grupo, estas não podem ser analisadas de maneira descontextualizada da realidade, o que nos remete à necessidade de compreender como se conformam essas práticas no interior das organizações prestadoras de serviços de saúde.

A busca da compreensão de como se organiza o trabalho em saúde tem levado os estudiosos a designar como modelos o conjunto de caracteres que configuram a organização dos serviços de saúde. Tradicionalmente, os modelos aplicados à saúde visam a organização formal do processo de trabalho de seus

serviços, mediante a administração de recursos materiais, humanos e financeiros (TESTA, 1993). Tais modelos são geralmente idealizados por planejadores ou gerentes que querem vê-los materializados pela aplicação de regras ou normas. Estas geram uma cadeia de atos que resultam na maneira como uma instituição funciona. Entretanto, tais atos devem ser cumpridos por distintos atores, o que acaba gerando um conjunto diferenciado de práticas.

Realizando uma breve retrospectiva, podemos dizer que o modelo assistencial brasileiro, nesse processo de diferenciação, resultou em dois modelos assistenciais principais, que seguem orientações político-ideológicas distintas: o Projeto Neoliberal e o Projeto da Reforma Sanitária. Na prática, ambos se guiam pela ótica da hegemonia neoliberal, visão que acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos considerados legítimos (MERHY, 1999).

Nesse modelo, de acordo com Schraiber *et al.* (1999) há tendência de se adotarem políticas que, além de não protegerem o trabalho e o trabalhador, regulam diretamente, no caso da saúde, o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seu processo de trabalho. Somando-se essas questões que permeiam a organização do trabalho dos participantes do presente estudo e as expectativas e cobranças de que o PSF se constitua em uma estratégia estruturante de um novo modelo assistencial em saúde, resulta uma sobrecarga para esses trabalhadores. Tendo em vista esses aspectos, consideramos que as situações descritas se referem à percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho. Isso é ilustrado nos seguintes depoimentos:

“Eles [os agentes] têm um excesso de burocracia para cumprir e caso não sejam preenchidos adequadamente eles já são punidos e acarreta inclusive

em perdas salariais. E já não tem outros estímulos para o trabalho. Já existem estudos mostrando o desânimo dos agentes para o trabalho. E isso de certa maneira vai desestimulando-os. Atrelado a essa punição, você vai ter um trabalhador completamente desestimulado.” E-13 (18, 20)

“Então a gente trabalha aqui assim: muito atropelada, as coisas tudo pra ontem. E dessa forma não dá para fazer um acompanhamento adequado do trabalho. Isso se dá mais mesmo entre eu e os agentes. Na enfermagem, dependendo da demanda, elas ficam muito atarefadas porque o volume de atividades é muito grande e, se alguma delas falta, já fica desfalcado, e isso é ruim.” E-13 (24, 25)

No primeiro depoimento, o enfermeiro preocupa-se com aspectos da organização do processo de trabalho que podem desestimular o agente e analisa as já desfavoráveis condições em que este atua. No segundo depoimento, o enfermeiro relata haver sobrecarga de trabalho, ao que parece por demandas originadas na instância central. Entendemos também que o nível central solicita à base o cumprimento de atividades tendo em vistas adaptações das práticas ou incorporação de novas orientações oriundas de esferas superiores. Tal exigência, no entanto, precisa ser mais bem negociada entre os níveis de gestão na Secretaria para evitar sobrecarga e atropelamento no trabalho, fatos esses tão propalados pelos entrevistados. Outro aspecto relatado se refere diretamente à sobrecarga de trabalho a que são submetidos os agentes e auxiliares de enfermagem, e mesmo os enfermeiros, sobretudo pelo excesso de atividades burocráticas a cumprir. É indiscutível a importância do registro das atividades, até pelo caráter de controle da produção, mas os relatos revelam que o controle se apresenta exacerbado. Atrelado a isso, há no primeiro depoimento o registro da aplicação de mecanismo de caráter punitivo à categoria dos agentes comunitários de saúde caso não cumpram o esperado, medidas estas certamente condenadas pela nova orientação da gestão do trabalho. Primeiramente, seria necessária a adoção de estratégias que

trabalhassem o conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a importância de proceder ao registro de suas atividades para o adequado funcionamento do sistema, e não instituir medidas autoritárias como cortes em remuneração. Esse aspecto constitui exemplo típico de aplicação dos princípios da gerência científica, na qual o trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se da maioria a execução das atividades delegadas de cunho manual (BRAVERMAN, 1981). Esses trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho, o que acarreta situações como as descritas nas falas coletadas. Um olhar mais perspicaz sobre a realidade certamente faria perceber as situações a que são expostos os profissionais que trabalham na equipe de saúde, em especial esses agentes:

“Nosso trabalho é um trabalho, assim, que impõe a gente com a comunidade, [...] é um trabalho desgastante, tanto pra nós profissionais quanto para os agentes. E chega um ponto que eles [usuários] se revoltam, muitas vezes você acaba ali na recepção ou na sala de espera escutando coisas, assim, que você fica desestimulada, sabe? Você explica e eles vêm de forma agressiva com você.” E-16 (9, 10)

“[...] eles [os agentes] sentem diretamente os problemas que as famílias enfrentam e ficam impotentes por não terem condições de estar resolvendo a maioria daqueles problemas, e repassam para a gente, que também não consegue resolver apesar de fazer vários encaminhamentos.” E-13 (19)

“Você tem que ter muito jeito para lidar com eles [agentes], e tudo descarrega em cima deles. Se tiver paciente aqui que não é bem tratado, descarrega neles. É tanta história triste, tanta coisa na cabeça deles, que precisava de psicólogo para eles. Não é à toa que tem gente de atestado psiquiátrico, não.” E-11 (56, 57)

“[...] eu estive com pessoas que veio trabalhar aqui. Elas tinham que ir embora daqui. Estava sofrendo, não se adaptava com o trabalho, com as pessoas, com os pacientes, com a doença e a pobreza. Você tem que saber trabalhar com tudo isso aí, a pobreza. Tem que ir lá ver e depois você

tem que ir para casa e saber lidar com tudo isso, porque você não vai resolver o problema social da comunidade.” E-20 (20, 21)

Os conteúdos desses depoimentos nos revelam dimensões profundas que se relacionam com a natureza do trabalho com a comunidade, e os problemas relatados se situam todos no campo das relações. O primeiro relato trata do enfrentamento entre o profissional e o usuário, ou seja, como enfermeiros realizamos um trabalho que envolve desconstruir/construir convicções que estão arraigadas nas práticas e se relacionam com o bem/mal-estar dos envolvidos, uma vez que estamos trabalhando com uma dimensão que abrange carências do usuário, as quais não pertencem apenas ao campo biológico — e não estamos preparados para atuar em dimensão tão complexa. O segundo depoimento traz a questão do sentimento de impotência do profissional diante de condições cruéis de vida e saúde que não lhe permitem vislumbrar nenhuma possibilidade de resolução dos problemas encontrados. De fato, como reconhecem outros participantes deste estudo, as necessidades de indivíduos e comunidades se relacionam com a dimensão social, incluindo seus componentes políticos. Aqui reaparece a oportunidade de resgatar as discussões sobre o funcionamento da intersetorialidade como possibilidade de se alcançar um trabalho profícuo pelas equipes do PSF. O conteúdo do terceiro depoimento fortalece as descrições das ações desenvolvidas pelos profissionais e as conseqüências danosas resultantes desses enfrentamentos na saúde do trabalhador. O quarto depoimento trata das características que o profissional possui ou deve possuir para trabalhar com a comunidade: um perfil que comporte atitudes que favoreçam acolher as necessidades do outro, perfil que de certa forma habilita ou não o profissional à natureza do trabalho que se propõe desenvolver. Isso não significa, porém, dizer que tais modos de ser e agir não tragam sofrimento aos trabalhadores.

PARTE III

3.3. A FORMAÇÃO PARA A GERÊNCIA SOB A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DO HOSPITAL

Considerando que nosso estudo explora o conhecimento da dimensão gerencial das práticas profissionais e de formação dos enfermeiros no município de Campo Grande e tendo como referência o contexto geral, teoricamente descrito, em que vêm se dando essas práticas, é oportuno registrar que os participantes do estudo foram muito espontâneos ao descreverem os saberes e cenários que influenciam o que pensam e fazem no cotidiano da gerência. Isso permitiu que os conteúdos dos depoimentos revelassem estratégias e diretrizes facilitadoras e dificultadoras do exercício da prática gerencial que se relacionam com os conteúdos sobre gestão com que tiveram contato em seus cursos de graduação. Nesses conteúdos, temos o enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo de ensino-aprendizagem na graduação.

Na prática, os conteúdos de ensino voltados ao exercício da gestão são ministrados em disciplinas de administração aplicada à enfermagem. Os enfermeiros formados há mais tempo (Anexo 7), ao expressarem suas opiniões, se reportaram às experiências de convivência com o ensino de graduação em suas unidades de trabalho nos últimos tempos:

“Apesar da abertura de visão que você tem na disciplina, uma prática que exige unir a teoria aplicada à prática, [...] [a disciplina] me deu base quando a gente discutiu liderança, assuntos relacionados à gestão. Ainda hoje eu uso esses conhecimentos. A disciplina foi importantíssima. Teve uma base

teórica e uma base prática fundamental para a gente cair no mercado de trabalho e ter cara para poder ir lá e enfrentar.” E-8 (32, 35, 36)

“Eu me lembro dos conteúdos que eu aprendi na faculdade sobre liderança e agora eu já consigo aplicar o que aprendi aqui.” E-6 (29)

Nas entrevistas individuais, apenas esses dois depoimentos manifestaram reconhecimento favorável à forma como os conteúdos foram trabalhados na disciplina, destacando que esta proporcionou formação teórica suficiente para alicerçar a inserção no mercado de trabalho. Relatam que a disciplina ofereceu conteúdos referentes à liderança e assuntos relacionados à gestão, mas não os especificaram.

No grupo focal, por sua vez, tivemos este relato:

“O que eu vejo na formação, que poderia auxiliar principalmente no começo, é a questão da organização. A graduação ajuda a gente no sentido de direcionar as atividades, organizar as prioridades, [...] volume de coisas que se tem para fazer. A gente tem que dar conta de tudo, mas existe a prioridade. Eu consegui ver isso.” (GRUPO FOCAL 2)

Nesse relato, o depoente revela que conseguiu se organizar inicialmente no trabalho por haver adquirido conhecimento e capacidade de planejamento e organização suficientes na graduação para priorizar as atividades. No entanto, dando prosseguimento a nossa análise, encontramos apreciações que apontam limites na formação e/ou no ensino da disciplina de administração:

“[...] o nosso ensino foi centrado no ensino das técnicas e não nos ensinaram a gerenciar. [...] em 97% das realidades de trabalho do enfermeiro, o papel é gerencial, só que de que forma a gente é preparado para isso na faculdade se você não executa gerência? O enfermeiro deveria aprender a gerenciar a assistência, saber reconhecer erro, saber lidar com o ser humano e saber coordenar uma equipe. Isso infelizmente não aprendi na faculdade.” E-10 (36, 37, 39)

“[...] você vem muito tecnicista. Você vem pensando em cuidar do seu setor, em realizar tarefas, mas não consegue enxergar a equipe e deixa de lado essa parte humana. O funcionário não quer ser visto só pelo serviço; ele quer ser valorizado como uma pessoa [...]. Mas me senti muito distante da equipe durante o estágio, eu me apeguei muito no paciente [...]. [...] você não tem a visão que você tem que estar ali perto da equipe para estar acompanhando o que eles estão fazendo, as dificuldades deles.” E-9 (38, 40, 41)

“[...] a dificuldade foi na questão de relacionamento e eu não aprendi a lidar com isso na faculdade. Também no relacionamento com os médicos eu tive muita dificuldade e não me lembro de ter visto na faculdade nada que me ajudasse nesse sentido. Eu aprendi sozinha.” E-6 (28)

“[...] a disciplina não te ensina como chegar ao mercado e lidar com conflitos de filosofia da instituição, com aquilo que a enfermagem realmente é. O principal desses conflitos é ser colocado como enfermeiro-chefe. Quem me ensinou a ser enfermeiro-chefe? [...] é o peso da decisão, de posicionamentos e responsabilidades, que nem sempre a disciplina traz para a gente isso. Você vai decidir coisas que vão implicar na vida daquele paciente, na vida daquele funcionário. Ser o elo entre as equipes, como? Se eu não sei negociar? Defender as minhas opiniões sem gerar mais conflitos? E manter minhas convicções para defender o que é correto?” E-8 (37, 38, 39, 42)

Esses depoimentos oferecem um grande volume de informações, todas relacionadas ao processo de ensino–aprendizagem na graduação. Inicialmente, aparece a afirmação do predomínio do ensino das técnicas que orientam a assistência de enfermagem na formação do enfermeiro. Historicamente, o ensino de enfermagem foi centrado no ensino das técnicas que se relacionam com os afazeres da enfermagem na assistência. Almeida e Rocha (1986) expõem que as técnicas foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular seu objeto de trabalho. Gomes (1991) acrescenta que a gênese do conhecimento de administração na enfermagem ocorreu juntamente com a organização das técnicas, sendo estas o instrumento do trabalho do cuidado, sendo que o conhecimento de

administração constituiu o instrumento de trabalho para a organização do ambiente terapêutico em que esse cuidado se realizava. Diríamos então, que o ensino centrado nas técnicas foi determinante na formação do enfermeiro e que ainda hoje se mantém presente, como explicitam as falas, especialmente a primeira. Outros aspectos mencionados pelos entrevistados se referem às debilidades constatadas no ensino de graduação para propiciar a aprendizagem de outras dimensões também relacionadas com o trabalho do enfermeiro na gerência, tais como lidar com o relacionamento humano, coordenar o trabalho em equipe, desenvolver a capacidade de negociação e trabalhar conflitos de ordem pessoal e profissional. O conteúdo do segundo depoimento adentra questões relativas à orientação da prática do estágio, sugerindo o predomínio do envolvimento do estudante com os aspectos assistenciais. O depoente acrescenta que vivenciou certo distanciamento da equipe no decorrer do desenvolvimento das atividades, dinâmica essa que não lhe possibilitou aproximar-se suficientemente da problematização da realidade e, sobretudo, explorar a gerência como estratégia para conduzir o processo assistencial tendo em vista o cuidado integral. No último depoimento, o enfermeiro descreve não estar preparado para tomar decisões ou para assumir as responsabilidades daí decorrentes. A inquietude explícita nesse discurso pode estar relacionada ao sentimento de abandono ao qual os enfermeiros se vêem submetidos por tomarem decisões de forma isolada, sem buscarem consenso para as decisões e, principalmente, sem disporem de respaldo institucional, característica comuns nas organizações burocratizadas. Predominam nas questões relacionadas como deficientes no processo formativo dos enfermeiros as relações interpessoais no trabalho de enfermagem. Urbanetto e Capella (2004) estudaram essa problemática e concluíram que a formação acadêmica e profissional não instrumentaliza

suficientemente os enfermeiros para o gerenciamento das relações interpessoais no processo de trabalho. Ainda a respeito do conteúdo dos depoimentos, cabe apontar que o ensino, na forma como vem sendo desenvolvido, não contempla o direcionamento proposto pelas diretrizes curriculares, pois não prepara os profissionais para a compreensão e gerenciamento do trabalho em equipe e para lidar com questões ligadas ao relacionamento no trabalho. Em geral, os participantes trataram de uma forma mais direta e objetiva as questões voltadas a aspectos relacionais das nas situações de trabalho, mas a abordagem pedagógica ou a forma que orienta os conteúdos foram enfocadas, ainda que sutilmente, quando referiram à falta de contextualização das situações em que se dá o aprendizado. Não afloraram questionamentos que problematizassem a divisão entre teoria e prática, nem a dicotomia ciclo básico *versus* ciclo profissional, e nem mesmo a fragmentação do conhecimento nos currículos que se orientam por disciplinas isoladas. Isso remete ao fato de que os entrevistados foram formados por processos que não evidenciaram essas dimensões.

As discussões no grupo focal se encaminham na mesma linha, ou seja, revelaram que os enfermeiros entendem que seu processo formativo não foi adequado:

“[...] como foi citada, a universidade forma o tecnicista. Em nenhum momento eu duvidei da capacidade técnica, por que sei que técnica sempre é estudada e se aprende, tem o livro, tem os professores que tiram dúvidas, mas é a outra parte que não é técnica, a científica, aquela que faz a pessoa ter análise crítica, isso me preocupa.” (GRUPO FOCAL 1)

“Eu acho que essa é uma dificuldade que já vem lá da graduação. A gente aprende a ser mais assistencial. Trabalha-se muito a questão assistencial. Eu não tinha muito essa noção administrativa do setor, [...] eu senti essa dificuldade de lidar mesmo com os funcionários para lidar com algumas situações. Foi uma lacuna que ficou para mim.” (GRUPO FOCAL 2)

“Saber mandar foi uma coisa muito difícil para mim.” (GRUPO FOCAL 2)

“Você gerencia as ações da enfermagem, e isso foi uma dificuldade muito grande para mim [...]. [...] tem que fazer a pessoa enxergar que as obrigações dele vão até ali, então não precisa ficar cobrando dele, pois ele tem que saber aquilo e tem que fazer.” (GRUPO FOCAL 2)

“Esse negócio de você formar uma equipe, tem que acontecer isso mesmo, só que desde a formação você tem que saber que você será um líder, independentemente de exercer a função assistencial ou gerencial. Não importa onde você cair, você será um líder.” (GRUPO FOCAL 2)

O primeiro relato traz o reconhecimento de que a formação técnica é assegurada no ensino da graduação e também sugere a impossibilidade de que este seja suficiente para desenvolver senso crítico no estudante. O segundo depoimento sugere limites no ensino de graduação para a formação para a gerência. O terceiro depoimento descreve as dificuldades vivenciadas nas relações de autoridade e de delegação de responsabilidades no cotidiano da prática hospitalar, seja na gestão ou na assistência, denotando uma visão autoritária de gestão. O quarto depoimento revela as dificuldades para lidar com a gestão em questões relativas à distribuição de atividades e definição de responsabilidades. No último relato, entrevistado refere-se ao enfermeiro como predestinado ao desempenho do papel de “líder”. Essa forma idealizada de liderança nos remete aos processos de gerenciamento vinculados a abordagens tradicionais da administração, prevendo, por consequência, a necessidade de formar uma equipe organizada segundo esse mesmo referencial, o que não se coaduna com a proposição defendida pelo presente estudo. O conteúdo do depoimento ainda sugere que esse aprendizado deva se iniciar na formação.

Em geral, os depoimentos do grupo focal também enfatizaram carências na formação para o desenvolvimento do senso crítico e da capacidade de liderança e do senso de responsabilidade e para o exercício da autoridade, dando ênfase aos

limites de atuação. Esses limites, percebidos pelos enfermeiros ao analisarem sua formação, vão além das questões relacionadas à seleção de conteúdos, sugerindo dificuldades relativas aos cenários de aprendizagem e à metodologia de ensino que não facilitam uma inserção mais significativa em situações reais de trabalho. O aprendizado das questões relacionadas às atitudes não é somente adquirido por transmissão cognitiva, sendo necessário o envolvimento do estudante com situações cotidianas, mediado por estratégias metodológicas que possibilitem o processo reflexivo. Corrêa (2000, p. 27), respaldando-se em outros autores, acrescenta que os “processos de ensino-aprendizagem envolvem não apenas o desenvolvimento técnico-científico, mas proporcionam mudanças de atitudes”. Todos os aspectos da formação apontados como frágeis pelos enfermeiros estão contemplados nas diretrizes curriculares¹⁹, que propõem que o enfermeiro tenha um perfil garantido pela formação que lhe permita desenvolver competências e habilidades gerais, voltadas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e educação permanente.

As falas que se seguem, também do grupo focal, além de reforçarem essas questões, discutem a inserção da disciplina ‘Administração aplicada à Enfermagem’ na última série do curso. Nelas novamente aflora o conflito entre assistir e gerenciar:

“Eu tive essa mesma dificuldade. Nos três anos que antecedem o que a gente vê em administração, todo mundo cobra muito que para você ser enfermeira, ser respeitada, a gente tem que conhecer, tem que saber tudo do paciente, e aí acaba incutindo muito isso na cabeça e daí, chega ao último ano, a gente vê só um ano em administração.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] na cabeça da gente já está embutido que o enfermeiro tem que ser assistencial; ele só vai conseguir ser respeitado se ele tiver conhecimento clínico. Isso já vem assim; na verdade a gente já acredita que é desse jeito.

¹⁹ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. *Diário Oficial*, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

Daí a dificuldade depois em entender que precisa ser bom nas duas coisas. Na verdade, não são duas coisas. É que uma está interagindo com a outra e tem muita dificuldade depois; não sabe se separa ou se junta.” (GRUPO FOCAL 2)

A localização da disciplina no final do curso é vista como algo que não favorece a aprendizagem. (Tal situação de fato foi altamente questionada durante o movimento de discussão da nova composição curricular para a formação do enfermeiro.) Esses depoimentos revelam que os enfermeiros foram condicionados a pensar que os aspectos clínicos e técnicos da formação lhes assegurariam reconhecimento profissional e respeito. Acreditamos que ao se pronunciarem dessa forma os participantes não estão questionando o valor do conhecimento clínico para uma competente atuação do enfermeiro, mas seus discursos revelam que a atividade administrativa continua sendo vista como desvio de função e que o cuidado direto ao paciente é o objeto de trabalho de enfermagem. Essa visão é desmistificada por Gomes (1991) e Lima (1994), como já exposto. A “graduação mostra uma visão idealista e fantasiosa do papel do enfermeiro, o que não condiz com o que eles vão encontrar na vida profissional” (LIMA, 1994, p. 275). Tal situação, de acordo com essa autora, levaria aos conflitos vivenciados pelos enfermeiros e presentes no último depoimento. Nesse sentido, não seria incorreto afirmar que a formação para a gerência na graduação é vista como um acessório. — um conhecimento complementar. Ao que parece, não houve mudança nas práticas de enfermagem em relação às consideradas no estudo realizado por Lima (1994), porque hoje os enfermeiros sabem que o cotidiano lhes reserva predominantemente o desenvolvimento da função administrativa e denunciam enfaticamente a falta de preparo para realizarem as atividades correspondentes. No entanto, o último depoimento, ao explicitar que o profissional “precisa ser bom nas duas coisas”,

reconhece a necessidade de articulação entre saber clínico e saber gerencial, sugerindo que as dificuldades para o adequado desempenho do enfermeiro advêm da separação dessas dimensões. Apostamos no aperfeiçoamento dessa articulação como possibilidade de realização do cuidado integral.

O próximo depoimento é particularmente revelador da idealização do papel assistencial do enfermeiro:

“Em relação à assistência, quando eu entrei aqui eu percebi que era algo mais próximo do que eu já tinha visto dentro dos estágios que eu tive [...], era o mais próximo daquilo que aprendi que era assistência, a sistematização da assistência.” E-8 (1)

Um relato do grupo focal expressa conteúdo semelhante:

“Na graduação eu não tive a figura do enfermeiro assistencial, e sim o enfermeiro somente para assinar papéis. Quando me formei, vim para cá especialmente para ver a coisa funcionar e foi fascinante ver que tinha enfermeiro que trabalhava realmente aplicando o conhecimento que ele adquiriu na faculdade como enfermeiro.” (GRUPO FOCAL 2)

Esses depoimentos retratam o deslumbramento dos enfermeiros ao encontrarem uma situação de trabalho em que a função desempenhada coincidia com aquela ensinada na escola, ou seja, aquela em que ao enfermeiro caberia prioritariamente o desempenho da função assistencial. A realidade descrita nesses relatos corresponde ao trabalho realizado em unidade de terapia intensiva (UTI), setor altamente especializado cuja provisão de recursos humanos, discutida anteriormente, não representa o cotidiano de trabalho dos enfermeiros que atuam na realidade brasileira e no próprio hospital, na medida em que nem todas essas unidades dispõem de enfermeiros com as condições de trabalho referidas nas falas, constituindo por isso idealizações. Cumpre acrescentar que o fato de não dispor do enfermeiro para o desempenho da função assistencial em setores de alta densidade

tecnológica, como é o caso das UTIs, certamente compromete o oferecimento de cuidados com vistas à integralidade da assistência. Na realidade, os depoentes estão se referindo à sistematização da assistência de enfermagem, e a adoção de uma prática que se guia por essa sistemática se vincula à exigência de uma infraestrutura que ultrapassa as questões ligadas à disponibilidade de recursos físicos, tecnológicos e humanos, bem como de conhecimento.

Nesse sentido, cabe indagar o papel da escola na construção do perfil idealizado para o enfermeiro. O conteúdo desses discursos pode estar revelando que o distanciamento das escolas em relação ao mundo do trabalho acaba por induzir tais dificuldades na formação.

Nos próximos depoimentos os enfermeiros relacionam os limites na formação às dificuldades de inserção no cotidiano de trabalho:

“Acho que parte da insegurança dos profissionais novos está na entrada cada vez mais jovem na universidade. Saí com 21 anos da faculdade; eu me senti insegura.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] a dificuldade, o fato de a gente ter que entrar e ter que passar tanto tempo pondo a mão na massa para mostrar para a equipe que a gente sabe.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] na verdade, não é só para o funcionário; é provar para nós mesmos que sabemos o procedimento. Na verdade, estamos todos os dias fazendo.” (GRUPO FOCAL 2)

“Essa confiança, a gente só sente essa confiança quando está fazendo. Na medida em que a gente vai estar ali fazendo e aprendendo, a gente também vai se sentindo mais capaz, e aí passa essa confiança naturalmente.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] eu acho que a gente deve sair dessa visão de fazer, fazer, eu vou fazer pra me sentir segura, para passar isso para a equipe toda, mas acho que a

gente já deve sair [da escola] com essa questão do que é minha função na cabeça. Foi uma coisa que senti falta.” (GRUPO FOCAL 2)

No primeiro depoimento, o enfermeiro atribui à juventude a experiência de insegurança vivida na fase de inserção no trabalho, não fazendo referência a outros fatores relacionais envolvidos na chegada a um novo grupo. O segundo e terceiro depoimentos apontam explicitamente as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros ao se integrarem a um novo setor ou grupo. Ambas as situações nos remetem à análise realizada por Urbanetto e Capella (2004), quando abordam a problemática das relações interpessoais no processo de trabalho da enfermagem. As autoras estabelecem uma seqüência de fases que guiam a inserção do indivíduo no grupo de trabalho. A insegurança, referida no primeiro depoimento, também foi objeto do estudo dessas autoras, que compreendem que na fase de inserção grupal os indivíduos encontram-se em busca do estabelecimento de temas comuns a todos, procurando identificar e definir padrões e regras para as interações. As autoras acrescentam que quando na ausência de um processo formal que auxilie a inclusão dos profissionais nas instituições e que se guie por um cronograma e permita conhecer aspectos institucionais essenciais para o desenvolvimento das ações, podem ocorrer sérias dificuldades de ambientação. Essas dificuldades podem estar vinculadas à competitividade. Esta é uma característica normal do ser humano, possuindo vários aspectos positivos e impulsionadores de melhorias. Muitas vezes, porém, a competitividade pode ultrapassar esses limites, ocasionando sérios problemas de relacionamento e podendo inibir o crescimento coletivo do grupo no trabalho (URBANETTO; CAPELLA, 2004). Nesse caso, o profissional que chega é testado em seu conhecimento e prática, ficando exposto a considerável constrangimento, sentimento que aparece no segundo depoimento. A necessidade de auto-afirmação pessoal e profissional e a de passar confiança e segurança para o

grupo, relatadas no terceiro e quarto depoimentos, estão entre as questões discutidas no estudo citado. Passada a fase da inclusão, busca-se demarcar os limites de autonomia e de determinação individual na interação com o outro e com o mundo (URBANETTO; CAPELLA, 2004).

No último depoimento, o enfermeiro declara que o estudante deve sair da escola com uma definição clara de qual será sua função profissional. Em outras palavras, deve sair da escola sabendo o que se espera do enfermeiro no mercado de trabalho. As dificuldades apontadas nos relatos estão profundamente interligadas com os afazeres do enfermeiro no cotidiano da gestão, remetendo-nos aos saberes que os fundamentam, notadamente em sua dimensão relacional. Denota-se, dessa forma, a necessidade de reformulação das estratégias de ensino–aprendizagem para que propiciem ao enfermeiro o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que facilitem o relacionamento e a comunicação. O processo de ensino–aprendizagem, nessa visão, requer a incorporação de estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (CECIM; FEUERWERKER, 2004).

As dificuldades para a interpretação adequada da realidade, em termos de contextualização dos determinantes políticos, sociais e econômicos que orientam a organização do processo de trabalho e produção em saúde em que atuam os enfermeiros, são geradoras de conflitos:

“[...] nesses conflitos tem aqueles que aprendem ser chefe e têm aqueles enfermeiros apáticos, que envolvem vida profissional com vida pessoal, e alguns acabam se igualando ao nível médio.” E-8 (40)

No grupo focal, uma fala expressa o mesmo entendimento:

“Na verdade, quando a pessoa vem para a prática ela não consegue se manter dentro daquilo. Ela começa a manifestar o que ela é como pessoa, em vez de prevalecer o lado profissional dela, para ela conseguir associar a duas coisas. E se perde.” (GRUPO FOCAL 2)

Esses depoimentos têm em comum a dificuldade do enfermeiro em lidar com os aspectos da vida pessoal e profissional sem confundir estas duas dimensões no exercício da função no ambiente de trabalho. As expressões “aprendem a ser chefe” e “dentro daquilo”, presentes no primeiro e segundo depoimento, respectivamente, nos remetem à noção de padrão a ser atingido. Como não é feita referência às atribuições dos enfermeiros formalizadas pela instituição, deduz-se que a noção padrão tenha sido idealizada. Ambas as questões acima colocadas decorrem, primeiramente, da forma como é conduzido o processo formativo. O ensino de graduação como um todo foi bastante discutido nos itens anteriores, e a formação para a dimensão gerencial do enfermeiro ainda não conseguiu se distanciar da abordagem clássica da administração, com o agravante de que o distanciamento entre as práticas de ensino e serviço dificultam a contextualização no âmbito profissional. Em segundo lugar, esses recém-formados, ao adentrarem o mercado de trabalho, são recebidos por instituições que não contam com estruturas administrativas e assistenciais que facilitem a inserção dos ingressantes, impedindo a adequada interpretação da realidade e conseqüentemente a produção de instrumentos capazes de mudar as práticas hegemônicas de caráter individual, curativas e fragmentadas que vigoram. Isso acaba atribuindo pesada responsabilidades a quem gerencia o processo de trabalho, provocando muitas vezes sofrimento e desestímulo. Ao que parece, os depoimentos estão revelando a falta de direcionamento no trabalho do enfermeiro por ausência de um projeto de

gestão institucional, o que leva o profissional a adotar critérios próprios para resolver as situações problemáticas que emergem no cotidiano da gestão.

A seguir, os enfermeiros relatam sua percepção de mudanças nas práticas de ensino. A instituição em que trabalham, como já dissemos, é campo de estágio para a formação de vários cursos e escolas. Essa proximidade possibilitou aos participantes explicitarem apreciações sobre a forma como percebem que estão sendo realizadas as atividades de ensino nos cursos de graduação. Tais depoimentos foram agrupados de modo a evidenciar o enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação:

“Só que eu vejo também que antes isso [rigor na formação dos princípios básicos] era cobrado com mais rigorosidade. E o que acontecia? Mesmo aquele que não tinha perfil, ele tinha que se adaptar para passar. Agora não: aquele que não tem perfil ele passa da mesma forma daquele que tem. Então você procura passar uma régua e igualar todo mundo. E na verdade não é assim.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] tem princípios para seguir e eu estou vendo que esses princípios estão sendo perdidos ao longo dos anos.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] antes não tinha esse negócio de querer. Você reprovava, por- que você tinha professores que passavam esses princípios. É aquela história: você lida com vida. Então antes era feita uma lavagem cerebral tão grande que você tinha medo.” (GRUPO FOCAL 2)

“Outra coisa que eu acho importante é a reciclagem e a evolução. Eu posso não ter evoluído, mas não me adaptei à nova concepção [de ensino] de como é a nova maneira de dar aula.” (GRUPO FOCAL 1)

Esses depoimentos pontuam uma série de características que se vinculam à prática de ensino e coincidem com a concepção pedagógica tradicional. Os três primeiros depoimentos fazem uso do termo “princípio”, levando-nos a entender que os depoentes estão dando ênfase aos princípios básicos da formação do enfermeiro:

ensinamentos relacionados às técnicas e aos fundamentos básicos da enfermagem, conteúdos ensinados na disciplina ‘Fundamentos de Enfermagem’, hoje compondo a área da semiologia e semiotécnica. No primeiro depoimento, o enfermeiro questiona a adoção de práticas que individualizam as orientações de ensino, tendo em vista não só a valorização do sujeito que aprende, mas sobretudo a orientação fornecida a ele em conformidade com as suas necessidades de aprendizado. De forma nenhuma isso deveria significar igualar as pessoas, como sugere o depoimento, mas sim diferenciá-las. O conteúdo do terceiro depoimento defende a uniformização dos mecanismos de avaliação e o rigor que caracterizava as práticas avaliativas no ensino tradicional e enfatiza o fato de o estudante se adaptar a um “padrão” esperado, para obter aprovação. Os questionamentos apresentados pelos enfermeiros como se fossem críticas estão na verdade registrando a existência de mudanças nas práticas de ensino que se desenvolvem no âmbito hospitalar. Dessa forma, podemos dizer que esses depoimentos caracterizam uma firme reação dos enfermeiros às mudanças nas práticas de ensino que se desenvolvem nesse ambiente. Quando falamos em mudança, temos em mente a idéia de uma prática de ensino que se sustenta na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação entre teoria e prática, na interdisciplinaridade e na participação ativa do estudante no processo de ensino–aprendizagem. Nessa forma de ensinar, predomina a lógica do desenvolvimento de atitudes e comportamentos sem imposições externas.

A forma de participação dos enfermeiros nas práticas de ensino que ocorrem no hospital parece não permitir alcançar todas as dimensões que envolvem o processo de ensino e de mudança que, na percepção dos depoentes, vem ocorrendo, e talvez explique sua atitude de rejeição. Por esse motivo, expressaram

uma compreensão parcial sobre o assunto, referindo-se apenas aos aspectos mais visíveis na relação que estabelecem com tais práticas, que compreendem o desenvolvimento de atividades assistenciais cujo foco parece privilegiar o acompanhamento da realização dos procedimentos técnicos e a prática de avaliação. A descrição acima nos remete a questões referentes à relação ensino–serviço. Esta é uma discussão antiga, que tem permeado as reflexões em projetos que lutam por reformas no ensino da graduação em saúde. Mais recentemente, a articulação ensino–serviço é vista como fundamental, como também a articulação com os representantes da população, e assim não se trabalha mais com a idéia de unidades-escola ou de hospitais de ensino pertencentes a universidades, embora estes ainda existam, mas que estes sejam incorporados às redes de serviços locais. Poderíamos dizer que essa nova visão do funcionamento dos serviços de saúde almeja promover a articulação ensino–serviço–comunidade.

Ao estudar as relações entre ensino e trabalho, Ceccim (2005) identifica algumas dificuldades para que os processos interativos se realizem, apontando como sinalizadores desses percalços a não-participação dos atores dos serviços de saúde nas avaliações, no planejamento das atividades e na produção de conhecimento sobre a experiência em curso. Isso confirma a impressão registrada de que os enfermeiros participantes do estudo não se relacionam com as atividades de ensino desenvolvidas na instituição, e isso constitui um problema que dificulta não só a mudança, mas também uma compreensão mais ampla das mudanças. Por exemplo, o primeiro e terceiro depoimentos trazem interpretações equivocadas sobre os novos métodos de avaliação, sugerindo que nesse modo de avaliação a ação de avaliar não é criteriosa nem comprometida com a qualidade da formação. Cabe lembrar que a articulação ensino–serviço é construção, portanto resultado de

enfrentamento permanente entre universidade e serviços de saúde, não se havendo conseguido ainda efetivar articulação mais consistente entre esses dois campos. O depoente do último excerto aborda a importância da atualização do conhecimento, reconhecendo que ainda não concebe a nova forma de ministrar aulas, como se as mudanças que estão acontecendo no campo do ensino se limitassem apenas a esse aspecto. Talvez isso justifique as interpretações emitidas que equivocadamente sugerem que os novos métodos de ensino não asseguram aprofundamento adequado aos princípios fundamentais que orientam a formação e as práticas profissionais, não garantindo conseqüentemente uma formação sólida e um competente desempenho profissional em prol do cuidado.

No caso da enfermagem, as Diretrizes Curriculares instituem a obrigatoriedade de estágio curricular supervisionado em serviços de saúde do nível primário ao terciário nos últimos dois semestres da graduação, explicitando em parágrafo único que “na elaboração do planejamento das atividades e no processo de supervisão do aluno, pelo professor, deve ser assegurada a efetiva participação dos enfermeiros de serviço onde se desenvolve o referido estágio” (CNE, 2001, p. 4).

Há dúvida, no entanto, de que as instituições que se abrem para a realização das atividades de estágio se mostrem receptivas ao atendimento dessas diretrizes.

A Resolução 229/2005, do Conselho Federal de Enfermagem, em seu artigo 5.º, parágrafo único determina que “é vetado ao enfermeiro, estando em serviço na instituição em que se realiza o Estágio Curricular, exercer ao mesmo tempo as funções para as quais estiver designado no serviço e a de supervisor de estágio”

(COFEN, 2005). Resck (2006) questiona, se essa medida avança ou retrocede na caminhada para formação do enfermeiro, a qual deve estar voltada a uma maior integração ensino–serviço, às parcerias e à construção do saber gerencial na interação e na inserção na realidade do cotidiano profissional, em que se entende a formação concomitante ao trabalho. As falas seguintes não se contrapõem ao exposto e acrescentam ainda outros aspectos:

“Está perdendo um pouco essa questão de lidar com a vida. Fala tanto em humanizar, mas até onde a gente está sendo humano, perdendo essa visão de que você está lidando com uma vida?” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] tem que ter responsabilidade e não correr o risco de incorrer num erro que vai prejudicar uma pessoa para o resto da vida dela.” (GRUPO FOCAL 2)

“Então, como você falou, a gente lida com vida. Então eu acho que a gente tem que pegar com muita força nisso, dentro de um curso de formação de pessoas que lidam com vida.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] você tem que valorizar cada um como ser único e cheio das suas diferenças [referindo-se a alunos], só que a responsabilidade pelos princípios básicos da enfermagem tem que ser exigido de todos, porque a gente lida com vidas.” (GRUPO FOCAL 2)

Esses depoimentos evidenciam acentuada preocupação com a formação nos aspectos relacionados à responsabilidade dos profissionais, dando ênfase à especificidade das práticas desses profissionais que lidam com a vida. Não encontramos nos depoimentos conteúdos que evidenciassem o motivo dessa preocupação, mas ela pode ter sua origem nas dificuldades no conhecimento sobre o conteúdo das mudanças, dificuldades essas já discutidas neste estudo. No entanto, os participantes não relacionam a incorporação da responsabilidade a estratégias de ensino ou concepções pedagógicas que orientam a formação. Entendemos que o desenvolvimento da responsabilidade se dá no campo da

aprendizagem ligada ao domínio afetivo e psicomotor, pouco explorados em áreas que se orientam por práticas pedagógicas conservadoras, que “tradicionalmente enfocam a repetição, a memorização e a reprodução do conhecimento” (SILVA; RAYMUNDO; BEHRENS, 2002). O último depoimento, no entanto, faz sutil referência à prática de ensino centrada no aluno, sugerindo que o ensino dos princípios básicos que se relacionam com a responsabilidade do profissional, por lidar com vida humana, deva ser trabalhada adequadamente.

Esses e os próximos depoimentos revelam que os enfermeiros estão percebendo que novos ingredientes estão permeando as práticas de ensino em seus ambientes de trabalho:

“[...] um dos temas que eu discorro é que a gente está formando um profissional diferente. Então, eu acho falta justamente de bater bastante nisso, que ele está sendo formado para ser um profissional para fazer a diferença que vai mudar o cenário do que está.” (GRUPO FOCAL 2)

“[...] poucos professores foram capazes de nos ensinar a pensar por si próprio e formar a sua própria opinião. E você dar uma universidade de conhecimento para que o aluno consiga formar o seu próprio e consiga enfrentar o mercado de trabalho.” E-10 (40, 41)

O primeiro depoimento traz à tona a necessidade de que o profissional que está sendo formado perceba-se diferente e seja capaz de promover a mudança. Essa forma de conceber o processo de ensino–aprendizagem revela a crença arraigada do enfermeiro na concepção tradicional de ensino, em que se acredita que escola é por excelência um lugar em que se raciocina, em que há receitas, modelos e demonstrações (SAVIANI, 1987, p. 10). Nessa concepção, o estudante deve apreender aquilo que o professor transmite como certo, independentemente dos acontecimentos no contexto em que essas práticas têm lugar. Tem-se aí o “chamado conservadorismo cultural” (SAVIANI, 1987). Acrescente-se ainda que

nessa abordagem o aluno é considerado como inserido no mundo que irá conhecer por meio das informações que lhes serão fornecidas e que se decidiu serem importantes e úteis para ele (CUNHA, 1997). No segundo depoimento, o enfermeiro expressa a compreensão de que a conformação de seu conhecimento profissional deve ocorrer durante a formação. No entanto, ressalta que poucos professores se encontravam preparados para cumprir tal propósito, atribuindo a responsabilidade pelo ocorrido exclusivamente ao professor. Nesses depoimentos, os enfermeiros revelam acreditar que a graduação é a única matriz da formação profissional, supondo que as competências profissionais, numa sociedade em acelerado processo de transformação, possam ser asseguradas pela transmissão de conteúdos e pelo treinamento supervisionado, não fazendo qualquer referência à necessidade de atualização contínua, ou, dito em linguagem atualizada, de educação permanente.

PARTE IV

3.4. A FORMAÇÃO PARA A GERÊNCIA NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Prosseguiremos agora a análise dos discursos que tratam da formação do enfermeiro para a gerência, considerando os participantes que atuam na rede básica. Pudemos observar que aqueles formados mais recentemente partem da análise da própria experiência na graduação para proceder à discussão, enquanto os formados há mais tempo emitem opiniões referindo-se a experiências de convivência recentes com o ensino de graduação em seus locais de trabalho.

Um dos conteúdos identificados enfoca o enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo de ensino–aprendizagem na graduação. Os excertos incluídos nessa subcategoria apontam o desencontro entre o que os profissionais esperavam praticar no cotidiano e o que este lhes apresenta, em termos de demanda:

“A gente vem sempre pensando que tem que um doente, alguma coisa para curar, medicação. Olha, a minha experiência de administração em saúde pública na faculdade eu acho que não fui muito feliz. O meu estágio foi num centro de especialidades, foi terrível. A gente viu o PSF na teoria, mas na prática a gente não viu nada. Eu tive que aprender tudo na marra com as meninas aqui.” E-11 (13, 14)

“Eu não achava a prevenção tão importante como eu acho hoje, você ir lá conversar com o paciente, explicar. Evita tanta coisa que a gente não tem noção. Explicar como cuida de um coto umbilical, por exemplo, você não tem noção de que elas não sabem, de tão carente que é essa população. A importância da prevenção aumentou muito. Não tem essa noção na universidade — acha que é uma coisa tão banal; para que serve? O negócio é hospital.” E-11 (15, 16)

“Parece, assim, que os problemas estão surgindo, brotaram; então a gente tem encontrado muito problema social, violência, negligência, e a presença do assistente social tem ajudado muito a enxergar estes problemas. Um novo ‘olhar’, os problemas começaram a aparecer e a gente começa a aprender a lidar com isso, saber resolver junto com ela [assistente social]. Tem problema com criança e a gente encaminha para o Conselho Tutelar. Às vezes a gente se prepara muito pouco nisso na faculdade. Esse novo olhar, também muito interessante pra gente. Você percebe; querendo ou não a equipe inteira tem que ficar sabendo.” E-19 (33, 34, 35)

Esses depoimentos revelam que os enfermeiros receberam sua formação em um curso que privilegiava a visão hospitalar. Percebe-se que analisam o ensino tendo como referência a própria formação, fato que sugere estarem entre aqueles que se graduaram recentemente. O grupo se constitui de profissionais formados em expressiva maioria já sob influência das mudanças propostas pelo Movimento da

Reforma Sanitária na Saúde, bem como das reformas no campo do ensino. Isso é muito preocupante, pois a enfermagem vem desenvolvendo um processo de discussão da formação do enfermeiro, e propondo a reformulação de seus processos formativos por meio da elaboração de Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) que incorporem os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Ao que parece, as proposições desse movimento não haviam alcançado a realidade em que se deu a formação desses enfermeiros. Conforme indica o segundo depoimento, o enfermeiro que vivenciou uma formação centrada na prática hospitalar não percebe a importância da atuação no campo da atenção básica. Ao discutir essas questões, o enfermeiro focaliza as ações preventivas e promocionais do campo da atenção básica, declarando que não estivera preparado para enfrentá-las. No terceiro depoimento, o enfermeiro revela que ao entrar em contato com o trabalho na unidade básica e participar do trabalho em equipe foi despertado para “outras questões” relacionadas à dimensão social da vida na comunidade que precisam ser interpretadas e trabalhadas pelos profissionais. Tais questões têm demandado ações que extrapolam a dimensão biológica das práticas no campo da saúde e alcançam o campo das necessidades sociais, psíquicas e afetivas, constituem um novo olhar. Essa nova forma de “olhar”, conforme expressão do próprio enfermeiro, tem ampliado não só as exigências em termos de preparo, mas as possibilidades de atuação desses profissionais, e sobretudo a descoberta do valor do saber do outro profissional e do trabalho em equipe. Os próximos depoimentos focalizam uma preocupação expressa pelos enfermeiros que atuam em atenção básica, preocupação essa que desperta curiosidade:

“[...] a escola precisa estar ensinando aos alunos da medicina e da enfermagem: a primeira coisa, eles tem que gostar muito do que fazem. Tem que gostar muito mesmo da saúde pública, ter vontade de botar o pé

no chão. Como a gente pode trabalhar esse gostar? Eu acho que [...] eu não sei; parece que tem gostar de gente, sabe?, assim.” E-20 (19, 20)

“Primeiro a graduação tem que ensinar a gostar [...], tem que gostar muito da saúde pública [...]. [...] a gente tem que trabalhar na formação, muito, os nossos conceitos, porque a gente vem com aquela formação, assim, família é pai, mãe, filho, que dorme separado cada um no seu quarto, e às vezes a realidade aqui choca muito.” E-17 (20, 21)

“Aí você vai entender as agressões que tem a violência, que tem principalmente violência sexual, porque aquela criança está acostumada desde pequena a ver a mãe ter relação com o pai então, ela acha a coisa mais normal. Sendo assim, você tem que trabalhar os teus conceitos.” E-17 (22)

Os dois primeiros depoimentos têm em comum o entendimento dos enfermeiros de que a escola deve desenvolver no estudante um sentimento: gostar de saúde pública. Questionado sobre as formas de trabalhar essa atitude, o enfermeiro não soube dar esclarecimentos, mas acha necessário gostar de trabalhar com pessoas, gostar de gente. O segundo enfermeiro sugere que se trabalhem os conceitos com estratégias mais apropriadas que os aproximem da realidade, não se limitando a idealizações. O terceiro depoimento, embora não faça referência à questão “gostar de saúde pública”, sugere a necessidade de aproximação com a realidade para se promover uma adequada compreensão desta, indicando que a exposição às situações que a realidade nos apresenta permite processar a ressignificação de nossos conceitos. Em outras palavras, esses enfermeiros estão dizendo que para se alcançar a incorporação de conceitos mais adequados ao trabalho com a comunidade é necessário dialogar com as práticas e concepções, problematizá-las, não em abstrato, mas no concreto do trabalho das equipes. Assim as práticas de ensino se aproximarão da realidade em que essas práticas são produzidas, o suficiente para promoverem a ressignificação das realidades e

práticas e a conseqüente formação de sujeitos mais comprometidos com a transformação.

Queremos discutir um pouco mais essa preocupação dos enfermeiros quando se referem a “gostar de saúde pública”. O que teria esse campo de atuação de diferente em relação aos demais, que justifique uma atuação especial da escola para produzir esse sentimento? Qual o sentido atribuído à palavra ‘gostar’? Em ambos os depoimentos, percebe-se que a preocupação central da fala é a compreensão adequada da realidade, a forma como o profissional se vincula a essa realidade — expressões essas que, em nosso entendimento, significam compromisso, entendido como uma das dimensões da subjetividade humana cujo desenvolvimento requer que se utilizem, durante a formação profissional, ferramentas metodológicas apropriadas.

Outra forma de interpretar a preocupação expressa nos depoimentos dos enfermeiros nos conduz a pensar que eles hoje atuem e valorizem a atenção básica e, reconhecendo o caráter conservador das práticas de ensino, recomendem reiteradamente que se modifiquem essas práticas, sem atribuir diretamente tais características ao modelo de ensino tradicional e caráter predominantemente hospitalocêntrico.

O conteúdo dos depoimentos vinha anunciando as fragilidades do curso de graduação em termos de se utilizarem estratégias que facilitassem a contextualização das situações de trabalho de modo a possibilitar uma aproximação dos conteúdos trabalhados no ensino de graduação às necessidades dos enfermeiros no cotidiano de suas práticas. Isso é reiterado de forma significativa nos próximos depoimentos, evidenciando a necessidade de aproximação entre o ensino

e a realidade em que se desenvolvem as práticas profissionais: a integração ensino–serviço. Antes, porém, é preciso explicar essa integração foi valorizada pela adoção de práticas pedagógicas que se apropriam da problematização da realidade de trabalho como estratégia que possibilita um aprendizado significativo. Na linguagem atual, no entanto, propõe-se utilizar a denominação ‘integração ensino–trabalho–cidadania’, expressando uma potencialização dos movimentos que previamente buscaram essa integração (integração docente-assistencial, integração ensino–serviço, integração ensino–serviço–comunidade). O novo enfoque, também denominado ‘ensino–trabalho integrado à cidadania’, agregaria, segundo os estudiosos, uma forte noção de produção de sentidos da formação orientados aos direitos por saúde, ou seja, práticas de ensino e trabalho capazes de apoiar os usuários na ampliação de sua capacidade de pensar um contexto social e cultural, contribuindo para sua autodeterminação e ampliando sua autonomia e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas (CECCIM; CAPAZOLO, 2004; CAMPOS, 2003a). Utilizaremos essa referência conceitual para proceder à análise dos conteúdos dos próximos depoimentos, mesmo considerando que a dimensão da cidadania não foi contemplada:

“Agora essa coisa das doenças como TB [tuberculose] e Hansen [hanseníase, preparar para fazer diagnóstico das lesões, classificarem os tipos de lesões, o melhor esquema de tratamento [...], vigilância epidemiológica [notificação], a gente precisa trabalhar mais isso no curso. Tanto em saúde pública quanto na hospitalar a gente vê pouco isso, porque a gente aprendeu isso aqui na prática. A coisa da violência também é pouco falada na graduação.” E-19 (30, 32)

Esse depoimento não questiona como se dá o processo de ensino–aprendizagem, do ponto de vista da abordagem didático-pedagógica, mas o enfermeiro relaciona uma quantidade de conteúdos a serem desenvolvidos na

graduação. Em princípio, essa sugestão pode estar confirmando o conteúdo de outros depoimentos, ou seja, a ausência da integração necessária entre as instituições de ensino e de assistência. Nesse sentido, Pinheiro e Ceccim (2005, p. 23) nos dizem que “a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino, trabalho e cidadania, voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se incluem o enfrentamento das necessidades da população e o desenvolvimento do sistema de saúde”. Essa compreensão nos leva a entender que, não havendo a desejada aproximação entre as realidades de ensino e serviço, não haverá profissionais com o preparo adequado para o enfrentamento das situações descritas nos depoimentos. A forma de expressar adotada nos depoimentos revela conflitos e dificuldades na interpretação das realidades vivenciadas por eles, ao analisarem suas práticas do cotidiano, o que reitera o que expõem Pinheiro e Ceccim (2005).

Os enfermeiros estão convivendo com situações novas que os instigam a construir uma visão mais abrangente e significativa, aliás convergente com as atuais políticas de saúde e de ensino. No entanto, ao verbalizarem as dificuldades percebidas para alcançar as novas exigências, ainda se expressam tendo como referência a visão tradicional, que enxerga os limites do processo formativo principalmente pela ótica do conteúdo e das disciplinas e não valoriza a aproximação entre as realidades de ensino e trabalho. As práticas de ensino orientadas na direção do SUS devem tomar o mundo do trabalho como cenário, para que os atores, em relação horizontal e democrática, articulem conhecimentos, aplicando-os na transformação da prática e assim construindo um novo conhecimento (CIAMPONE, 2004). Os próximos depoimentos continuam explorando

questões relativas à integração ensino–serviço, agora expondo opiniões sobre o funcionamento dos estágios:

“Eu acho que tem que ter um tempo maior no posto, conviver com o enfermeiro, conhecer esses papéis. Eu cheguei aqui crua. Eu não sei nem o que deveria ter no estágio. Eu acho que o estágio tinha que ser diferente: no posto, contato com a população, deixar o aluno aqui com o enfermeiro, ver o que ele faz.” E-11 (49 50)

“Precisa ser oferecido [conteúdos, experiência] no curso de graduação para que o enfermeiro esteja preparado para trabalhar no PSF. Primeiramente, o conhecimento da parte formal-legal que regulamentam essa assistência, e estar colocando os alunos em estágios voltados para o alcance das estratégias da saúde da família.” E-13 (31)

Esses depoimentos trazem em comum algumas sugestões sobre a configuração da disciplina ‘Administração em Enfermagem’ e a um estágio a ela correspondente. Observe-se a forma como foram colocadas as sugestões. Ao que parece, o processo de formação vivenciado pelos entrevistados não se aproximou das recomendações apontadas anteriormente, de que as práticas de ensino ocorram nos cenários em que essas práticas de fato se processam. Fazem observações sobre conteúdos que deveriam compor a formação do enfermeiro para atuar no PSF, mas a reivindicação predominante se refere à integração ensino–trabalho. No segundo depoimento, o enfermeiro menciona a necessidade de preparo para trabalhar no PSF. Preparar o enfermeiro para o trabalho nesse programa pressupõe urgentes transformações no processo de formação, como o rompimento com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e centrado em procedimentos, de modo a atender aos novos desafios na produção de conhecimentos e na construção das profissões (PINHEIRO; CECCIM, 2005, p. 20). Isso significa que a visão integradora de ensino–trabalho deva favorecer a construção de maiores compromissos das instituições de educação superior com o

SUS, ou seja, capacidade das escolas em formar para a integralidade, formar de acordo com as necessidades de saúde da população. Os próximos depoimentos revelam fragilidades relacionadas ao trabalho em equipe no processo de ensino–aprendizagem na graduação:

“Eu aprendi muita coisa agora. Eu saí completamente sem noção, caí aqui assim, nossa!, muita dificuldade com os agentes mesmo. Eu acho que se tivesse na faculdade alguma... relacionada de como lidar com os agentes — porque você tem que ter uma relação boa com eles, formas de trabalhar com eles, como que eles vão falar com a população. Quem vai trabalhar na saúde pública com os agentes tem que ter isso. Eles explicam lá qual que é o serviço do agente que vai ser o elo, mas se não tiver um jeito para lidar com eles, não consegue nada.” E-11 (52, 53, 54, 55)

Os integrantes do grupo focal também fazem revelações sobre as dificuldades que percebem no ensino de graduação relacionadas à compreensão do trabalho em equipe:

“Com relação à minha formação, serviu para a parte administrativa pelo menos, embasar todas essas questões, porque nós somos o centro de tudo, em todos os campos, e a parte da formação em gerenciamento serviu nesse sentido. Faltaram algumas questões, que é o trabalho em equipe — eu não fui preparada —, como se deve trabalhar em equipe.” (GRUPO FOCAL 3)

“Voltando ao trabalho em equipe, eu senti muita falta disso. Precisa serem feitas [oficinas] ainda dentro da faculdade mostrando o trabalho em equipe, como deveria ser o trabalho em equipe — enfim introduzir conteúdos, experiências, que possibilitem o aprendizado do trabalho em equipe.” (GRUPO FOCAL 3)

O primeiro depoimento traz a questão do gerenciamento de pessoas. No segundo excerto, os enfermeiros entendem haver sido preparados na graduação para lidar com os temas relacionados à gerência de uma forma geral, mas corroboram o enfermeiro do depoimento anterior ao apontarem uma deficiência no

próprio preparo para atuar no campo relacional e declaram não haver sido preparados para trabalhar em equipe.

Na graduação, o enfoque dado à formação para a gerência geralmente é centrado na abordagem tradicional da administração, que enfatiza a tarefa, as normas, os aspectos prescritivos e normativos do desempenho humanos nas organizações, bem como as estruturas formais e a hierarquização do poder, não alcançando portanto as dimensões ético-políticas e psicossociais que devem orientar o gerenciamento do trabalho com pessoas (CIAMPONE, 2004). Isso certamente pode estar justificando a habilidade reclamada pelos enfermeiros para lidarem com essas questões em seus locais de trabalho. Os participantes do grupo focal retomam as questões relacionadas à formação para o trabalho em equipe, sugerindo algumas formas de trabalhar tais temáticas e manifestando-se favoráveis a mudanças no enfoque do ensino na graduação, de modo a convertê-lo de centrado no cuidado e na cura do indivíduo para aquele com ênfase na promoção da saúde da comunidade.

O próximo depoimento discute a localização dos conteúdos de administração para enfermeiros, no curso de graduação:

“A gente tem uma noção de gerência, liderança, na graduação, e muita informação a respeito da gerência, liderança, e trabalhamos com isso também. A gente começa ter estágio de administração só no último ano e isso é muito ruim. Eu acho que tem que começar antes, muito antes. Para você fazer administração, você tem que ter uma visão geral, mas talvez fracionar este estágio um pouco no começo, um pouco no final do curso, para não chegar lá no final do curso: ‘Nossa! Era tudo isso?’. Eu não tinha essa visão, não tinha noção nenhuma quando eu entrei.” E-12 (52, 53)

Nesse depoimento, o enfermeiro considera que a formação, em termos de conteúdo relativo às questões de liderança, não foi deficitária, mas questiona o

momento em que os conteúdos relativos à administração foram trabalhados, ou seja, considera que isso ocorreu de forma pontual e no final do curso. Também põe em questionamento toda a estrutura dos cursos que ainda se organizam tendo como referência as estruturas curriculares clássicas, em que os conteúdos são organizados em disciplinas seqüenciadas pelo grau de dificuldade e seguem a lógica dos pré-requisitos. O ensino descrito pelo enfermeiro parece ter estrutura curricular balizada pela Portaria 1 721, de 15 de dezembro de 1994, do Ministério da Educação (BRASIL, 1994b), a qual, embora trazendo mudanças para o ensino de enfermagem, manteve a fragmentação do eixo formador, conservando os ciclos básico e profissional, o ensino centrado no modelo médico, a dicotomia entre teoria e prática, a desarticulação entre conteúdos e disciplinas e a adoção de práticas pedagógicas tradicionais (FAUSTINO, 1999). A formação guiada por essa lógica dificilmente produzirá profissionais cuja atuação valorize a promoção da necessária articulação entre as áreas do conhecimento que subsidiam o trabalho no campo da saúde. Isso significa que a área assistencial ainda não se articula à gestão, seja na área hospitalar ou na atenção básica em saúde.

Apesar das dificuldades registradas até aqui, os próximos depoimentos parecem revelar que está havendo aproximação entre as práticas de ensino e de serviço, embora os conteúdos não indiquem que essas “novas formas” de relacionamento constituam resultados de mudanças nas políticas institucionais:

“Eu não sei como está a grade curricular hoje. Agora, a inserção do aluno nos programas e todos os trabalhos que vocês fazem com os alunos são muito bons. Inclusive nós, enfermeiros, aprendemos bastante com eles, porque as coisas novas vêm e você não está na universidade, e isso deve continuar.” E-14 (27)

“Eu não conheço o currículo do curso. eu acho que o ideal é passar por este estágio de saúde pública nesses programas. Eu não sei o que tem que mudar, mas é essencial que ele [estudante] passe por aqui, porque se não conhecer não tem como gostar. Os estudantes ajudam bastante a gente, aprendem; enfim, não pode acabar esse vínculo que tem de estágio aqui. Então vão vir outras turmas, outras idéias.” E-15 (21, 23)

“[...] a gente vê que saíram daqui, trabalharam não-obrigadas e gostaram do que estavam fazendo e fizeram visita, trabalharam com pacientes carentes e demonstraram que gostaram. Todos que estavam comigo saíram daqui satisfeitos, agradecendo e deixando carta e cópia de tudo que fizeram e aprenderam comigo.” E-20 (25)

As falas revelam que a integração ainda não é satisfatória, pois os enfermeiros que estão nos serviços desconhecem a proposta de ensino da escola a que oferecem estágio. No entanto, apontam a receptividade tanto aos alunos quanto às atividades de ensino, reconhecendo esse contato como importante para o processo de renovação do conhecimento dos enfermeiros que estão no campo, pois os alunos sempre trazem conhecimentos atualizados e colaboram com o trabalho realizado. Como se pode ver no próximo depoimento, também é solicitado maior participação no processo:

“Aos professores a gente solicita, quando terminam os estágios, nós gostaríamos que deixassem os relatórios que são feitos durante o estágio e que no final apresentassem para nós. Eu nunca soube, assim, o que eles fizeram, que pontos negativos encontraram. Aprende, aprende e a gente oferece tanto, e no final a gente não sabe se eles falaram que a gente não sabe trabalhar ou se trabalhamos bem. A gente nunca soube. Eu gostaria que eles fizessem críticas ou elogios, o que fosse.” E-20 (34, 35)

Não há aqui um discurso idealizado, mas sim a expressão de um sentimento real, diretamente relacionado com a necessidade de troca que permeia o trabalho conjunto. O depoimento é revelador da inexistência de um trabalho conjunto e de que essa forma de relacionamento com o serviço não está legitimando o saber local,

saber prático advindo da experiência cotidiana dos profissionais do serviço. Para Acioli (2004), o saber prático refere-se não apenas a uma prática específica, no sentido da ação, mas também aos sentidos, significados e valores provenientes de experiências incorporadas cotidianamente. Valorizar os saberes práticos é uma forma de contextualizar os saberes e evitar que saberes ditos científicos se apresentem como verdades universais. Se a escola não valoriza as possibilidades de troca de conhecimento que a integração ensino–trabalho oferece, contribui para a permanência da crença em verdades universais. No entanto, as iniciativas de receptividade às atividades de ensino desenvolvidas no serviço e as experiências de bom relacionamento entre estudantes e enfermeiros relatadas não produzem processos que envolvam as instituições de ensino e de serviço, limitando-se a relações pontuais conduzidas pelo enfermeiro do serviço, com pouca participação docente.

Tendo como referência o arcabouço teórico construído para este estudo, sobre as mudanças no campo da saúde, da educação e da formação dos profissionais de saúde, e considerando que muito do que está sendo proposto ainda se circunscreve ao discurso dos profissionais do ensino, são fatores que demonstram a necessidade de se continuar investindo nos processo de mudança. Nesse sentido, os elementos inovadores que deverão ser incorporados à proposta de formação de profissionais de saúde, segundo Feuerwerker (2002), devem prever a realização de experiências que busquem a integralidade, o que envolve trabalhar um conceito ampliado de saúde, com a idéia de trabalho em equipe, com a ampliação da concepção de cuidado e com o compromisso de colocar o usuário no centro do pensamento e da produção do cuidado e da organização dos serviços, contribuindo dessa forma para a construção da autonomia do usuário, bem como da

capacidade de intervenção em sua própria vida. Assim, optamos por tentar identificar quais dessas inovações estariam presentes no discurso dos participantes do estudo e averiguar em que medida a mudança no direcionamento dado às práticas de ensino da graduação foi introduzida em nossa realidade e percebida pelos enfermeiros, enfoque que considera o enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação.

Nos próximos depoimentos, os enfermeiros apontam os aspectos do processo de ensino–aprendizagem em que as mudanças foram percebidas de forma visível. Infelizmente, só constatamos a percepção desse evento em uma das seis unidades pesquisadas. É preciso que se diga que esta unidade está vinculada a uma universidade privada que vem introduzindo mudanças que incorporam as proposições da Lei de Diretrizes e Bases à orientação do ensino de graduação de alguns cursos da área de saúde, entre eles Psicologia e Medicina:

“[...] a metodologia tradicional, ela deixa o aluno, assim, acomodado e transforma o profissional em acomodado. Isso daí eu percebo, assim, no dia a dia do nosso trabalho. Agora, se a universidade oferece uma outra formação, eu não sei o nome da metodologia. É assim: você joga um tema e o estudante é obrigado a pesquisar tudo sobre aquele tema. Você é analisado em sala de aula, a sua participação, o conteúdo da sua pesquisa. Depois você é analisado também em prova e em seus trabalhos. Agora que eu conheci a metodologia de ensino, estou percebendo, assim, que são três tipos [formas] de ensino e cada um tem vantagens e desvantagens.” E-16 (43, 44, 45, 46)

Esse enfermeiro revela ter conhecimento de que existem diferentes opções metodológicas para conduzir o processo de ensino–aprendizagem do qual participa e que, em oposição à metodologia tradicional, a metodologia “inovadora” estimula a participação ativa do estudante no processo de construção do conhecimento.

Destaca a avaliação como uma ação realizada de forma variada, utilizando-se de diferentes modalidades e freqüências, e não mais de forma pontual. E acrescenta:

“Então, você aprende a participar, observar, e se você não raciocina junto com o grupo você não chega a nada. É diferente da metodologia tradicional, que você só fica recebendo aquele conteúdo jogado por uma pessoa que já conhece bastante. Eu acho que isso vai diferenciar bastante depois o resultado do futuro profissional. Daí, quando a gente analisa ou não o resultado do trabalho dentro de uma unidade, sabe como está a saúde e tal. Isso é reflexo daquele processo de formação daquele profissional que foi formado lá atrás.” E-16 (47, 48)

“É um método muito bom e diferente daquele que estávamos acostumados, o tradicional. Você precisa ver: quando a gente começou a trabalhar isso, todo mundo acostumado a receber, o professor trazer prontinho e passar, e aí você ter que chegar, ter que buscar lá na sua realidade e construir. É bom isso, porque você vai bem ao que é real mesmo.” E-17 (44)

No primeiro depoimento, o enfermeiro salienta que a adoção dessa nova forma de ensinar vai além de ensinar a participar, pois ensina a construir o conhecimento, de modo coletivo. Revela acreditar que essa nova forma de ensinar e aprender vai produzir resultados na atuação dos futuros profissionais, que assim poderão apresentar atitudes que valorizem um trabalho mais focado nas necessidades da população. Acredita, portanto, que o profissional formado sob essa nova lógica terá desenvolvido um espírito mais investigativo, com maior preocupação com o resultado do trabalho que desenvolve na unidade. No segundo depoimento, o enfermeiro percebe estar trabalhando com estratégias de ensino diferentes das do método tradicional e aponta aspectos que caracterizam essa mudança, enfatizando a importância de se construir o conhecimento tendo como referência a realidade. A dificuldade dos enfermeiros em termos de conhecimento possivelmente reflete a falta de investimento no preparo dos profissionais envolvidos no processo de ensino–aprendizagem desenvolvido na instituição.

No próximo depoimento, o enfermeiro explicita sua visão de como devem caminhar as práticas de ensino, dando ênfase ao movimento de mudança e destacando a importância do acompanhamento desse processo pelos profissionais, principalmente enfermeiros:

“Eu acho que aos poucos essa visão tem que ser mudada e no ensino da saúde pública tinha uma carga horária, uma grade curricular e os temas. Agora a gente tem que ver como a coisa está andando, as coisas estão mudando. Então será que aqueles temas que estão sendo dados, eles continuam sendo importantes? Eu acho que tem que parar e ver a realidade. Por exemplo, aqui a cada ano a coisa muda: a população, a economia e o Secretário mudam. [...] a saúde pública muda! E tem que ser mudada conforme muda a política de saúde pública no Brasil. Não adianta pegar uma grade curricular e seguir aquilo lá anos a fio. Essa visão os enfermeiros têm que também estar acompanhando, não é? E eu sinto aqui, por exemplo, que as pessoas, alguns acompanham e outros não.” E-16 (49, 50, 51, 52)

“A academia tem que trabalhar, eu não sei, mas tem que passar aquilo que a gente esta trabalhando na época, para o enfermeiro sair de lá e não achar que no papel é bonitinho mas aqui fora não é. E realmente ele estar vindo para campo, vivendo. A administração em saúde pública não tem que ser voltada só para a parte da unidade; ele tem que realmente conhecer a realidade daquela área de abrangência que ele esta trabalhando, sabe? Justamente para poder estar se aperfeiçoando.” E-17 (24, 25)

“[...] você tem que estar preparada para encontrar as coisas e enfrentar e sair de lá e continuar o seu trabalho, porque, senão, você desiste. Então ele tem que ficar sabendo lá dentro da faculdade. Eu acho que a universidade tem que estar trabalhando, trazendo esse aluno, como está acontecendo agora que os alunos estão vindo aqui, trabalhando e gostando.” E-20 (23, 24)

A análise desses depoimentos nos permite observar que esses enfermeiros, mesmo não tendo vínculo formal com a docência, foram gradualmente compondo uma compreensão sobre a incorporação do movimento por transformações nas práticas de ensino e assistência na área de saúde. O primeiro discurso sugere que

os cursos devam ter preocupação com o acompanhamento das mudanças, e o depoente revela compreender o movimento de constante contextualização do processo de ensinar e aprender no cenário em que esse processo se dá. O segundo depoimento defende a necessidade dessa contextualização como instrumento de compreensão não idealizada da realidade. Acrescenta ainda que o preparo do enfermeiro para o exercício da gerência deve se fundamentar numa visão ampliada, que não se limite à gerência da unidade em seus aspectos internos, mas que se articule ao processo assistencial que justifica tal unidade e se vincule ao conhecimento da situação de saúde da área. Em outras palavras, o sentido da ação gerencial em saúde vincula-se à proposta assistencial de uma determinada unidade. O terceiro depoimento fala da necessidade de preparar o futuro profissional para o enfrentamento de diferenças de toda ordem — social, cultural, econômica —, que produzem um significativo volume de conflitos entre os estudantes. Ressalta a importância do ensino desenvolvido nas unidades como uma possibilidade.

O próximo depoimento, já analisado sob outro enfoque em seção anterior, traz uma novidade não percebida ou pelo menos não registrada em outros relatos:

“Os agentes comunitários, por eles terem passado por esse tipo de metodologia, a gente tem procurado trabalhar em cima dessa metodologia, primeiro porque eles já conheceram, e que nada mais é do que você ver [refletir sobre] a sua realidade. Então ele não vai ficar viajando; ele vê o problema; é aquilo, pronto, e acabou. E se ele não conseguir resolver ele traz para a equipe para resolver.” E-17 (43)

A percepção do enfermeiro de que os agentes comunitários de saúde foram formados em um sistema que adota a metodologia da problematização constitui uma novidade não percebida pelos demais participantes do estudo. Esse enfermeiro percebe esse fato por ter feito o curso de capacitação pedagógica do PROFAE e por

de seu envolvimento com o ensino de graduação. Podemos inferir que nas demais unidades o trabalho do enfermeiro com esses agentes não explora as potencialidades desenvolvidas por estes, por haverem se capacitado tendo por referência uma nova forma de atuar na realidade.

4. A PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO: PROXIMIDADES E AFASTAMENTOS ÀS DIRETRIZES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS

Até o presente momento, procuramos descrever como se dá o trabalho gerencial do enfermeiro no hospital e na rede básica de saúde, segundo a percepção desse profissional. Nessa descrição, buscamos captar na interface do trabalho do enfermeiro com a gerência expressões que sinalizassem atitudes, saberes, valores e ações indicativos de formas de agir que se aproximam e se afastam dos preceitos do movimento de reformulação das práticas de saúde e educação no contexto do SUS.

Para alcançar tal propósito, valemo-nos de um arcabouço teórico que permitisse uma compreensão, assentada em uma interpretação crítica, do movimento de reformulação das políticas e práticas de saúde e da formação de profissionais de saúde, especificamente enfermeiros, no contexto do SUS. Ao nos preocuparmos com a formação do enfermeiro, tendo como foco sua própria percepção sobre seu trabalho na dimensão gerencial, procuramos apurar nosso olhar sobre os afazeres desses profissionais na área hospitalar e da rede básica de saúde — sempre a partir da compreensão dos próprios sujeitos —, para dispormos de uma visão contextualizada sobre como a gerência se constrói no cotidiano de trabalho do enfermeiro, com a perspectiva de trazer subsídios para a formação do enfermeiro para a gestão.

Tomamos essa direção cômicos de que a prática profissional e o processo educativo são determinados por condicionantes históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais, entendendo que ao nos propormos a realizar um estudo de

natureza qualitativa numa perspectiva crítica, o processo de análise passaria necessariamente por essas dimensões.

Entendemos ainda que a reflexão sobre a prática dos enfermeiros participantes do estudo, no âmbito hospitalar ou na rede básica de saúde, está intimamente ligada ao sistema de saúde vigente, ao modelo assistencial, ao modelo de formação profissional e às concepções filosóficas e ideológicas que orientam a organização do trabalho nesses campos e a assistência neles prestada aos usuários, tendo também relação com o momento político-institucional do hospital e do município estudados.

Os enfermeiros, ao tratarem da dimensão política que orienta a organização do trabalho assistencial nos vários setores e serviços da instituição hospitalar, desconhecem ou pouco reconhecem as políticas públicas como algo que afeta seu cotidiano, reportando-se de maneira diversa às diretrizes políticas regionais ou nacionais. Dito de outra forma, alguns enfermeiros de determinados setores parecem não se vincular a qualquer direcionamento dessa natureza. Bernardino (2007) aponta que a pouca familiaridade da enfermagem com as políticas de saúde dificulta a percepção do cenário, tanto externo quanto interno. Para essa autora, um fator que potencializa tão pouca familiaridade é a dificuldade de comunicação nas organizações, particularmente nos hospitais, nos quais descreve existir certa “blindagem” do hospital em relação ao mundo exterior, caracterizando uma crença de que mudanças de fora não afetariam essa esfera de trabalho (BERNARDINO, 2007). No entanto, outros enfermeiros se referem às diretrizes instituídas pelas políticas e programas do Ministério da Saúde. A maior adesão a essas diretrizes parece estar associada ao cumprimento de normas da vigilância sanitária, o que

denota a importância das ações de acompanhamento da implantação e do funcionamento das políticas pelos órgãos oficiais responsáveis pelo controle de qualidade.

Teoricamente, a Lei Orgânica que regulamenta o SUS prevê que os hospitais deveriam funcionar integrados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviços (BRASIL, 1990b). No entanto, os enfermeiros afirmam que a referência e a contra-referência, aspectos que caracterizariam o trabalho em rede, não estão sendo observados, e assim a intersetorialidade é ainda algo abstrato no funcionamento dos serviços de saúde no município. São apontadas também limitações da estrutura do serviço para o cumprimento dos níveis de atenção propostos pelo sistema, ou seja, é encaminhado ao serviço de emergência do hospital um grande número de casos que requerem intervenções de pequena e média densidade tecnológica, que à luz dos critérios teoricamente propostos pelo sistema não requereriam tal direcionamento. Tal situação prejudica a resolutividade e gera congestionamento nos serviços, cuja consequência mais visível é o agravamento dos casos que adentram o serviço hospitalar, fragilizando ainda mais a débil relação entre serviços de atenção básica e hospitalares. Nesse percurso, pautando a observação nos princípios doutrinários do SUS, registra-se no discurso dos enfermeiros, a preocupação com o cumprimento dos princípios de universalidade e equidade, embora a integralidade pareça constituir um princípio ainda inatingível no horizonte das preocupações registradas no cenário hospitalar.

Os enfermeiros revelam preocupação com a qualidade da assistência oferecida ao usuário, atribuindo o não-cumprimento desse requisito às insatisfatórias condições de trabalho oferecidas. Na visão dos enfermeiros, as condições de trabalho também dificultam a concretização de práticas que zelam pela humanização do cuidado. No entanto, essa dificuldade pode estar relacionada à limitada visão dos profissionais quanto ao significado da assistência integral e da humanização do cuidado. O hospital pesquisado está implantando a Política de Humanização Hospitalar, do Ministério da Saúde, a qual se embasa no propósito de promover a valorização dos trabalhadores em saúde e a melhoria das condições de trabalho e dos serviços ofertados. Considerando-se o que foi expresso pelos enfermeiros, as práticas realizadas no hospital apresentam frágil adesão a essa política, na medida em que poucos setores estão mobilizados para participar de tal processo.

Foi possível abstrair nas entrelinhas das falas dos enfermeiros sobre as políticas de saúde, considerando a interface destas com a organização da produção dos serviços de saúde no hospital, algumas questões que dificultam o avanço em direção a uma assistência centrada na integralidade, entre elas a coexistência de pelo menos duas formas de organização da produção de serviço de saúde: o Projeto Neoliberal — forma dominante de produção — e o Projeto da Reforma Sanitária. Nesse confronto, o projeto resultante do movimento social da Reforma Sanitária defende os princípios do SUS, que posiciona o atendimento à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Em contraposição, encontra-se o resistente e tradicional segmento do sistema fundamentado na medicina científica, o qual preconiza manter a oferta de serviços de saúde como consumo ancorado no processo capitalista de produção (RESCK, 2006). Essa concepção não foi objetivamente indicada nos discursos dos enfermeiros, mas materializa-se na forma

como os serviços e a assistência se organizam, tendo forte influência do modelo biomédico, privilegiando dessa forma a atenção individual, curativa, médico-centrada e com valorização da medicalização e das tecnologias na área da saúde. Esse modelo tem como uma das implicações uma prática assistencial voltada à noção de cura, em que a valorização profissional e do serviço de saúde está atrelada à execução de procedimentos e tratamentos com enfoque predominantemente biológico. Tais características, somadas, se fortalecem em movimento contrário às possibilidades de mudanças do modelo assistencial que contemplem a assistência integral à saúde, e conseqüentemente restringem a viabilidade de realização do princípio da integralidade. Desta forma, concordamos com a constatação de Campos (2003b, p. 9) de que “permanece a disputa entre distintos paradigmas e modos de organizar a atenção no interior do SUS”.

Os enfermeiros, mergulhados nesse emaranhado de contradições, têm dificuldade ou mesmo impossibilidade para interpretar adequadamente a estrutura que conforma o trabalho em saúde, o que impõe limites ao direcionamento de seu trabalho gerencial. Essas questões apontam, dentre outros aspectos, a necessidade de um eficiente processo de capacitação desses profissionais. Compreendendo a capacitação de profissionais como uma ação mediadora que busca constituir uma determinada prática, Corrêa (2000), amparada em outros estudiosos, sugere que as transformações político-ideológicas e técnico-administrativas decorrentes do movimento da Reforma Sanitária demandam que se repense a capacitação profissional na área da saúde, de modo a valorizar os trabalhadores como agentes, pessoas concretas, que realmente podem produzir modificações em sua prática, e não apenas como insumos necessários à produção e reprodução de serviços. A ação educativa adotada pelo hospital focalizado neste estudo, não parece se apoiar

nessa concepção. Ao contrário, parece relacionar-se com a limitada noção de treinamento em serviço, que concebe a ação educativa como estratégia para moldar comportamentos de acordo com um padrão previamente traçado. Geralmente trata-se de ações pontuais, centradas em procedimentos, limitadas em termos de conhecimentos e habilidades, insuficientes portanto para a sustentação de uma prática integral. A atomização dos conteúdos inviabiliza também a compreensão da totalidade do processo de trabalho, reforçando a alienação do trabalho no coletivo de trabalhadores da saúde (SANTOS; SOUZA; VIEIRA, 1987). Assim, quando se referem ao próprio processo de capacitação, os enfermeiros manifestam expectativas em relação à possibilidade de realização de atividades dessa natureza, não registrando porém a existência de nenhum processo nesse sentido; os investimentos no campo da qualificação profissional do enfermeiro constituem iniciativa própria. Esses registros revelam a necessidade da adoção de uma política de desenvolvimento de recursos humanos séria e que dê respostas às necessidades evidenciadas e que sobretudo invista na qualificação dos profissionais, tendo como referência os propósitos do SUS e caracterizando uma iniciativa não apenas do hospital, mas do sistema de saúde (BIASOTO JUNIOR, 2002).

Para se alcançar tal propósito, torna-se necessário superar o enfoque tradicional da capacitação profissional, baseado na preparação para a execução de tarefas isoladas, requerendo-se, além do domínio operacional do fazer, a compreensão global do processo produtivo, com apreensão do saber tecnológico, valorização da cultura do trabalho e mobilização dos valores necessários para a tomada de decisões. Dessa forma, a estratégia proposta pela educação permanente nos parece mais apropriada para a construção de uma prática fundamentada nos princípios do SUS.

A adoção de tal estratégia possibilitaria aos trabalhadores — no caso, enfermeiros — contextualizar adequadamente sua função gerencial, ao mesmo tempo em que poderia subsidiar a participação destes na construção de uma política institucional de desenvolvimento de recursos humanos. Os profissionais e as instituições necessitam ter clareza das condições vigentes, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracasso não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Evidentemente, a adoção de uma política de desenvolvimento de recursos humanos como a descrita associa-se à adoção de estratégias de gestão que permitam coordenar todas essas dimensões que se relacionam com as práticas educativas, administrando-as no sentido de permitir que a instituição aqui focalizada reveja seu processo de gerenciamento, visando promover a melhoria das condições de trabalho.

A reflexão dos enfermeiros participantes do estudo quanto à forma de proceder em seu exercício gerencial nos remete a questões que se relacionam com a divisão técnica e social do trabalho em saúde, temática problematizada por vários estudiosos brasileiros (CASTELLANOS *et al.*, 1989; SILVA, 1996; ALMEIDA; ROCHA, 1997; PEDUZZI; ANSELM, 2002), bem como nos remete ao trabalho do enfermeiro no hospital. Neste estudo, a compreensão do trabalho do enfermeiro refere-se ao processo de trabalho “administrar” e ao processo de trabalho “cuidar”, ambos conformando o trabalho do enfermeiro, consubstanciando-se na visão de que o predomínio da realização de atividades administrativas nos afazeres desse profissional não se deve a uma opção pessoal ou da enfermagem, mas sim uma

determinação social (CASTELLANOS *et al.*, 1989; GOMES, 1991; LIMA, 1994). Não compartilhamos do entendimento da função administrativa como burocratizada, mas de uma visão que compreende a gerência como uma função estratégica que articula saberes em prol do gerenciamento do processo assistencial, tendo em vista a realização do cuidado integral.

Compreendemos que na realidade estudada o enfermeiro se ocupa com ações múltiplas e pontuais, desenvolvendo um trabalho alienado no qual o profissional não consegue ver o conjunto do que está produzindo, nem pensar e propor o que deve ser feito para melhorar seu desempenho, situação que contribui para a baixa visibilidade do trabalho do enfermeiro. Agindo dessa forma, os enfermeiros não têm clareza do objeto de seu trabalho e não conseguem enxergar objetivamente a finalidade desse trabalho. Assim, apesar da disposição explicitada por alguns dos participantes, contam com pouco espaço para a participação coletiva na gerência, participação que caracterizaria a transformação exigida.

Entendemos que o serviço de enfermagem da instituição deva rever coletivamente a compreensão da estrutura em que se insere e se organiza o trabalho do enfermeiro. Dessa revisão adviriam definições de papéis e responsabilidades que permitiriam propor uma composição mais adequada dos quadros de pessoal, de forma a possibilitar melhor desempenho dos profissionais, avaliar a qualidade dos serviços oferecidos e viabilizar uma gerência efetiva dos enfermeiros.

A atuação multiprofissional está presente na organização do trabalho em saúde na instituição e a terminologia “trabalho em equipe” é habitualmente utilizada. No entanto, as atividades desenvolvidas não se caracterizam como um trabalho em

equipe, oscilando entre harmoniosa e conflituosa. A relação multidisciplinar ainda reitera a hegemonia do poder exercido pelo saber médico, gerando insatisfação pela falta de reconhecimento dos outros profissionais. Assim, entendemos que o “pensamento crítico dos demais profissionais, que contribuiria em muito para o atendimento integral, fica subjugado, em face da resistência da hegemonia do saber médico sobre os demais saberes” (RESCK, 2006, p. 154). Portanto, o trabalho desenvolvido não caracteriza uma atuação interdisciplinar, pois seus membros não compartilham saberes e poderes e assim deixam de criar um trabalho integrado capaz de expressar uma característica identificadora própria e visível na instituição. Esses são fatores limitantes à possibilidade de se avançar construindo práticas que se voltem à integralidade da assistência e aos paradigmas orientados pela proposta do SUS.

Para analisar a política de gestão do hospital, nos balizamos em Campos e Amaral (2007), que apresentam uma série de sugestões para a reorganização da clínica e da gestão nos hospitais, com linha de reforma orientada pelos conceitos de clínica ampliada, democratização da gestão e integração do hospital como um dos pontos de conexão de um sistema público de saúde. Esse estudo expõe de forma muito clara que as reforma no âmbito de instituições hospitalares necessariamente exigem reformulações da clínica, da gestão e do modo como o hospital se vincula à rede de serviços de saúde. Podemos pensar, então, que o funcionamento do hospital se embasa na articulação entre o campo da clínica e o da gerência (CAMPOS; AMARAL, 2007). A instituição analisada não se orienta por uma política institucional explícita e de conhecimento de todos, mas, ao contrário, desenvolve um processo de gestão pontual, ancorado numa visão centralizada em sua cúpula diretiva, constituindo um obstáculo à mudança.

Ao focar o cuidado, compreendemos o ato de cuidar do outro é precedido pela visão que se tem desse outro. Na saúde, essa visão se relaciona, segundo Mendes-Gonçalves (1994), com o reducionismo com que a clínica aborda seu “objeto de trabalho”, valorizando quase que exclusivamente a dimensão biológica do processo saúde–doença e considerando como externo ao corpo tudo o que não é visível aos olhos e à tecnologia diagnóstica, como é o caso das questões subjetivas e sociais. As práticas de cuidado realizadas na instituição estudada, conforme a percepção dos enfermeiros, são fragmentadas e fragmentadoras, não considerando os determinantes do campo social que influenciam o processo saúde–doença, como o contexto socioeconômico em que vive o usuário, o significado do agravo para o usuário em termos subjetivos e sociais e o ânimo deste em recuperar-se, em ser sujeito em seu processo de recuperação e cura. Isso leva a uma diminuição da eficácia e à desumanização das práticas profissionais (CAMPOS, 1994). No hospital estudado, as atividades de cuidado são fortemente centradas na visão biologicista e talvez essa percepção incomode os enfermeiros, justificando sua expressão de preocupação com a defesa dos direitos dos clientes na instituição.

As características identificadas nos conteúdos que tratam da gerência, segundo a percepção dos enfermeiros do hospital, denotam o processo de gestão como aderente ao modelo tradicional, pautando-se no uso de instrumentos de pouca ou nenhuma flexibilidade para alcançar integração do hospital ao sistema de saúde do município. A própria visão do enfermeiro em relação às implicações das atuais políticas de saúde em seu trabalho cotidiano carece de maior embasamento. Além disso, predominam práticas tradicionais de coordenação do trabalho da equipe de enfermagem, apesar de algumas referências a perspectivas mais flexíveis de gestão. O trabalho interdisciplinar é ainda um grande desafio e em situações em que

é referido percebemos haver alguns espaços para o enfermeiro opinar, embora isso não configure necessariamente mudanças mais significativas em sua participação nos processos decisórios. Os argumentos utilizados pelos enfermeiros para contextualizarem a forma como se organiza o trabalho ainda se pautam por uma visão tradicional de administração, seja quando discutem a liderança, as práticas educativas, a gestão ou a própria formação. Assim, o enfermeiro não tem construído um projeto de gestão que dê conta do cuidado integral. Portanto, não questiona o instituído de forma a (re)configurá-lo.

Os enfermeiros da rede básica de saúde, ao se referirem à dimensão política das práticas assistenciais, explicitaram uma visão da mudança decorrente do movimento da reforma sanitária e discorreram com facilidade sobre os princípios que organizam a estrutura assistencial proposta pelo SUS, percebendo que o trabalho assistencial desenvolvido na Secretaria guarda relação com o movimento pela mudança do modelo assistencial.

O enfermeiro reconhece estar inserido em um processo de condução da política nacional de saúde e, dependendo da forma como expressou sua maneira de praticar a gerência das atividades na equipe, revelou seu maior ou menor grau de envolvimento com o movimento em questão.

Os enfermeiros não fizeram referência ao Plano Municipal de Saúde²⁰, mas apontam algumas dificuldades na política de saúde local que determinam a organização dos serviços e geram impacto em face dos princípios preconizados pelo SUS, como o fato de a Secretaria não dispor de uma rede articulada de serviços que dê suporte às demandas assistenciais da população. Em especial, falam sobre

²⁰ O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 de Campo Grande mapeia a realidade da saúde no município até 2005 e as ações necessárias a seu desenvolvimento no período 2006-2009.

hierarquização, descentralização, regionalização e participação popular e reconhecem que o serviço se organiza tendo como referência esses princípios organizativos, mas esses aspectos parecem constituir um arcabouço vazio, pois não há, pelo que se pode ver nos conteúdos dos depoimentos, uma infra-estrutura interna que garanta o funcionamento dessa estrutura e a necessária articulação entre esses níveis. Dito de outra forma, os diferentes níveis dessa organização não configuram um conjunto que em permanente diálogo esteja construindo a saúde. Assim, o sistema de referência e contra-referência não funciona entre as unidades básicas e os serviços especializados e hospitalares, e portanto a integralidade da atenção à saúde em nível local ainda não se constitui numa realidade concreta, gerando um alto grau de insatisfação entre os profissionais. O conteúdo das falas dos enfermeiros em relação à conformação dos serviços vem confirmar o distanciamento e a falta de articulação entre os distintos níveis de atenção do sistema, aspecto que dificulta a mudança.

A integralidade da assistência pressupõe que o trabalho assistencial se vincula às necessidades da população, o que envolve na atenção básica no mínimo o atendimento às necessidades epidemiológicas. No entanto, ao se considerar o conteúdo dos depoimentos, os enfermeiros se dizem conhecedores dos problemas de saúde da população, embora não explicitem convicção de que as ações executadas estejam orientadas para a satisfação de necessidades epidemiológicas.

Ao proceder à análise do conjunto dos depoimentos, compreendemos que a SESAU tem equipes em estágios de desenvolvimento diferentes em termos da incorporação e funcionamento dos princípios organizativos previstos para o SUS. É sabido que a estratégia de saúde da família foi adotada pelo Ministério da Saúde

como capaz não só de promover a incorporação desses princípios à prática cotidiana dos serviços, mas principalmente de implementar a mudança do modelo assistencial, e que o município está em processo gradual de implantação dessa estratégia, o que pode explicar as diferentes situações anteriormente apontadas.

O controle social previsto na legislação em relação à descentralização e democratização da gestão foi cumprido formalmente pela Secretaria, na medida em que está regulamentado o funcionamento dos conselhos em todas as instâncias do sistema, como descreve o Plano Municipal de Saúde. No entanto, o enfermeiro registra o não funcionamento do conselho gestor da unidade. Essa informação é reveladora, no entendimento de Souza (2002), de que a abertura de espaço garantida pela legislação não basta para a consolidação da participação e do controle social. Assim, a obrigatoriedade de constituição dos conselhos pode significar, em muitas localidades, a mera representação formal das regras do programa.

Dentre os participantes deste estudo, poucos insinuaram a percepção de que existem orientações ideológicas contraditórias permeando o direcionamento do trabalho assistencial na unidade. Dito de outra forma, o discurso mais visível é aquele que expressa aderência ao paradigma da promoção da saúde, embora nas entrelinhas estejam inscritas concepções capazes de resistir às iniciativas inovadoras, por estarem ainda vinculadas à lógica do modelo biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e centrado em procedimentos. Essas concepções, quando não são capazes de produzir ações que impeçam a construção do novo, produzem um conflito que gera a imobilidade dos agentes de mudança.

A compreensão de que os enfermeiros estão envolvidos no movimento de reestruturação do modelo assistencial e pactuam das proposições contidas na proposta do novo modelo é extraída de duas situações: primeiramente, quando verbalizam um entendimento que expressa a compreensão do processo saúde-doença como socialmente determinado, ou seja, que se vincula às condições de vida da população, situações essas em que revelam acreditar que as mudanças nessas condições de vida e de saúde só serão alcançadas a longo prazo, mesmo considerando as possibilidades intersetoriais. Segundo, quando entendem e apostam na capacidade dos serviços de atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, permitindo resolver a maior parte dos problemas de saúde da população num futuro próximo. Incluem-se aqui também as preocupações com aspectos relativos à organização dos serviços, como o não-atendimento à demanda e o congestionamento dos serviços de pronto atendimento (unidades 24 Horas) e dos pronto-socorros.

Os enfermeiros, mesmo compreendendo que o atendimento dos agravos (queixa-consulta) poderia descaracterizar o fundamento da atenção básica que se materializa nas atividades de prevenção e promoção da saúde, preocupam-se com o não-atendimento dessas situações. As preocupações expressas podem ser problematizadas tendo-se em conta as considerações feitas por Franco e Merhy (2006), aqui resgatadas. Esses autores consideram um erro estratégico que os mentores da organização dos serviços de saúde, tendo em vista a mudança do modelo assistencial, considerem que podem organizar a demanda de serviços na Unidade Básica de Saúde exclusivamente a partir de usuários referenciados pelas equipes do PSF. Dessa forma eliminam a possibilidade de atendimento da demanda espontânea. O atendimento a tal demanda poderia constituir-se no primeiro contato

e ser, portanto, uma estratégia para se estabelecer vínculo com os usuários na perspectiva da transformação gradativa da demanda espontânea em demanda acompanhada. O não-atendimento à demanda contribui para o enfraquecimento dessa proposta, visto que a população acaba por forçar os serviços a se organizarem com modelagens aderentes ao projeto médico-hegemônico, tendo como foco a queixa-consulta (FRANCO; MERHY, 2006).

A reflexão desses autores nos permite compreender os conteúdos que registram a não-aceitação pela comunidade da forma como a assistência se organiza dentro da nova modalidade assistencial proposta pelo PSF, pois este foi proposto verticalmente, tendo como finalidade a mudança do modelo assistencial, referenciado em uma estrutura-eixo distinta daquela que antes orientava a organização das práticas de assistência à saúde em nosso meio e implantado sob a crença de que a mudança da estrutura seria suficiente para provocar uma ruptura com a dinâmica médico-centrada, levando a uma mudança de modelo.

Apostou-se no desenho no qual opera o serviço, mas esse dispositivo não foi potente o suficiente para operar de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres de cada profissional, que em última instância é quem define o perfil da assistência. Nesse sentido “o formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde” (FRANCO; MERHY, 2006, p. 105).

Essas normas, segundo esses autores, deverão ser rigorosamente seguidas pelos municípios, sob pena de se excluírem do sistema de financiamento das

equipes de PSF os que não se enquadrarem nas orientações (FRANCO; MERHY, 2006). Considerando a perspectiva de aumento do número de unidades de PSF no município estudado e o exposto acima, os municípios, gestores e profissionais de saúde dispõem de pouco espaço para contextualizar a suas realidades as orientações advindas do Ministério da Saúde e focalizar as necessidades da comunidade. Essa verticalidade com que é tratado o assunto tem como consequência a repetição do autoritarismo da gestão realizada internamente nos municípios, a excessiva preocupação com o controle financeiro para garantir o repasse de recurso e, principalmente, a não-criação de espaços que permitam reflexão sobre os componentes das equipes e interpretação adequada das situações cotidianas.

Ao mesmo tempo, os profissionais que assimilaram os fundamentos propostos no movimento pela mudança do modelo assistencial e que modificaram sua concepção sobre o trabalho em saúde tentam imprimir novas formas de se relacionar com o usuário, por meio de ações que contemplem civilidade, acolhimento, solidariedade e compromisso com o usuário na promoção de seus cuidados como sujeitos autônomos. Nesse movimento, foi possível perceber iniciativas criativas no sentido da flexibilização da maneira como se organizam os serviços visando atender os interesses da comunidade e são nessas brechas que temos de nos apoiar para a construção desejada.

Esses aspectos que sinalizam avanços convivem com situações contraditórias. O direcionamento institucional, a organização dos serviços e a assistência prestada continuam tendo forte influência da formação acadêmica no modelo biomédico, privilegiando a atenção individual, curativa, médico-centrada e

com valorização da medicalização e das tecnologias. Essa orientação traz como consequência uma assistência voltada à noção de cura, ficando em segundo plano as ações de promoção da saúde, mesmo com a persistente defesa praticada pelos profissionais comprometidos com este novo paradigma.

O paradigma biomédico, ao direcionar a organização dos serviços de saúde, imprime na população a cultura da medicalização e uma alta dependência da tecnologia na área da saúde. Assim, a valorização do profissional e do serviço de saúde se atrela à execução de procedimentos e tratamentos (TAVARES, 2006). A promoção da saúde e a prevenção de doenças passam a ser vistas como uma assistência simplificada ou menos qualificada e portanto menos valorizada. Ainda assim, houve registro de relações mais horizontalizadas no cotidiano de trabalho das equipes, revelando possibilidades de construção do novo.

Quando os enfermeiros falam do relacionamento com a Secretaria, percebe-se que o direcionamento institucional parece privilegiar a adoção de estratégias de gestão compatíveis com a abordagem clássica da administração. A idéia de gerência formulada na escola clássica da administração, associada aos conceitos de controle e comunicação, merece ser repensada, buscando-se adequações no setor de saúde. Analisando os depoimentos sobre o processo de comunicação, foi possível compreendê-lo como centralizado na cúpula da gestão, autoritário, descendente. Tal processo pouco contribui para a incorporação das inovações, embutidas na proposta de mudança de paradigma, que promovem a reorganização do trabalho em equipe com redução das linhas hierárquicas e intensa comunicação horizontal. Em relação ao controle, os enfermeiros registram um grande número de atividades administrativas voltadas à produtividade, as quais lhes demandam tempo

para a confecção de relatórios, com exaustiva conferência de todos os procedimentos produzidos pela equipe. Essa atividade burocrática segue uma sistematização estabelecida pela Secretaria, com registros em impressos padronizados. Isso nos leva a entender que a gestão na Secretaria se orienta pela lógica da produtividade²¹, o que nos remete ao campo das tecnologias duras, segundo Merhy (2002). Estamos portanto diante de uma situação extremamente normatizada e burocratizada.

Ao analisar o conteúdo dos discursos dos enfermeiros, foi possível caracterizar o trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica na SESAU como sendo o de uma equipe do tipo “agrupamento” (PEDUZZI, 1998), em que o nível de relacionamento entre os membros coincide com o trabalho multidisciplinar. No entanto, o planejamento coletivo apareceu no discurso dos enfermeiros como instrumento fundamental para a organização do trabalho das equipes.

O planejamento caracterizaria o trabalho como do tipo “integração” dos agentes, pois a elaboração e desenvolvimento de um projeto comum pressupõem o planejamento conjunto das ações. No entanto, os enfermeiros apontam dificuldades, como, por exemplo, o fato de a ausência do agente comunitário de saúde em uma microárea ocasionar falta de dados para o planejamento. Outras dificuldades incluem as metas de produtividade estabelecidas pela Secretaria e a alta demanda por atendimento de agravos nas unidades, ocasionando a ausência do profissional médico nos encontros da equipe. Podemos dizer que apesar das dificuldades apresentadas o trabalho das equipes nas unidades estudadas vem aos poucos se estruturando pela busca de complementaridade dos diversos saberes e práticas

²¹ Na lógica da produtividade os serviços se organizam em função do volume de procedimentos realizados, como consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, curativos, aplicação de injeções, doses de vacina etc. (MERHY, 2002).

profissionais, visando a integralidade do cuidado. Ele ainda não caracteriza, porém, como um trabalho interdisciplinar, pois não foi possível perceber o desenvolvimento de um projeto assistencial que disponha de uma linguagem comum, um objetivo comum e uma cultura partilhada pela equipe.

Embora os agentes comunitários de saúde tenham sido incorporados legalmente ao trabalho em saúde na SESA, cabe lembrar que inicialmente contavam com qualificação correspondente à escolaridade de nível médio e elementar. Ainda hoje caracterizam como uma categoria profissional que conta com diferentes níveis de escolaridade, situação que requer a adoção de uma política de desenvolvimento que se assente em processo de educação permanente e incorpore uma proposta capaz de abarcar as necessidades daí originadas. Na prática essa política parece não haver avançado do modo esperado, pois houve registro da necessidade de aumento do número de agentes para atender às atividades das unidades. Há também alto índice de absenteísmo e baixo investimento na formação e capacitação desses agentes, registrando-se a conclusão de apenas um módulo dos dois previstos para sua formação. O enfermeiro exerce a supervisão desse grupo de trabalhadores, preocupando-se com o planejamento de suas atividades, com sua formação (educação em serviço) e com o controle de sua produção.

O trabalho do enfermeiro à frente das equipes do PSF e PACS, mesmo fazendo parte de um serviço público de saúde, submete-se a lógicas diversas, relacionadas aos modelos assistenciais, como já analisado. Seguem-se diretrizes programáticas distintas: as diretrizes programáticas oriundas do Ministério da Saúde são vinculadas ao direcionamento proposto pelo SUS e aquelas oriundas do município vinculam-se à distribuição do tempo para a execução de tarefas e

atividades que devem ser cumpridas para o alcance das metas de produtividade dos programas. Não há amparo em um projeto institucional explícito e de conhecimento de todos. Para dar conta da interpretação dessa realidade complexa, evidencia-se a Educação Permanente como estratégia que se mostra aberta à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, portanto com capacidade para a introdução de espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, mudança institucional — enfim, pensamento que questiona o instituído e experimentação (CECCIM, 2005). Tal visão permitiria elaborar uma política de gerenciamento de recursos humanos para a saúde no âmbito da SESAU que estivesse vinculada à implantação das novas equipes ou ainda a novas estratégias de trabalho e novas políticas. Na ausência de uma política de preparação dos profissionais para a implementação da proposta de saúde do município, os enfermeiros se queixam da falta de sistematização nesse campo, bem como da ausência de um processo de educação que lhes possibilite atualização profissional. No entanto, há registro da falta de interesse do próprio grupo em aproveitar as oportunidades de capacitação e atualização oferecidas pela Secretaria. Interpretamos esse comportamento demonstrativo da não-aceitação da forma centralizada como são formuladas essas propostas, sem relação com os interesses dos envolvidos.

As condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores são reveladoras da necessidade de investimentos. Ao analisar o Plano Municipal de Saúde, encontramos nos conteúdos que fazem um diagnóstico da Secretaria, a manifestação de preocupação dessa instância pública com a melhoria da infraestrutura organizacional do órgão responsável pelo gerenciamento de recursos humanos, visando promover melhoria nas condições de trabalho dos trabalhadores

da rede. No entanto, não encontramos nas diretrizes e estratégias de gestão proposições que contemplassem tais questões.

A indicação política para a ocupação dos cargos de gestão é um fato que causa grande indignação, sendo a prática analisada como prejudicial pelos enfermeiros, na medida em que os indivíduos que ascendem a cargos por esse mecanismo freqüentemente não dispõem da qualificação profissional requerida, mostrando-se por isso incapazes de responder às demandas com atuação adequada, além de constituírem um sério risco à possibilidade de avanços na implementação do SUS.

Os enfermeiros que atuam na rede básica de saúde reconhecem que o serviço se organiza tendo por referência os princípios organizativos propostos pelo SUS, mas apontam a ausência de um processo administrativo e assistencial coerente com a estrutura descrita e que garanta seu adequado funcionamento. No entanto, a percepção de que existem orientações ideológicas contraditórias permeando o direcionamento do trabalho administrativo e assistencial na unidade foi sutilmente mencionada. As práticas realizadas na atenção básica aproximam-se da perspectiva da mudança quando se registra entre os enfermeiros uma compreensão ampliada do processo saúde–doença, uma preocupação com a promoção da autonomia do usuário e um compromisso com as possibilidades de ampliação da capacidade de atendimento do sistema e com a adoção de estratégias que fortaleçam a promoção da saúde. Quando comparada à do hospital, a prática de trabalho interdisciplinar na rede básica apresenta alguns avanços, apesar do árduo desafio de aprender a articular saberes e poderes, bem como construir condições operacionais para tal prática.

Tanto na atenção básica como no campo hospitalar, inexistem propostas de educação permanente, apesar de alguns enfermeiros mencionarem essa prática, havendo uma compreensão ainda limitada a esse respeito.

As condições de trabalho mostram-se nos dois cenários como limitantes para a construção do cuidado integral. No contexto do hospital, tais condições limitantes parecem envolver principalmente a falta de recursos humanos, materiais e salariais, enquanto na atenção básica o foco mais significativo parece ser o sofrimento a que está sujeito o trabalhador quando se envolve e se compromete com as condições concretas de vida do usuário. Tal achado é bastante significativo, pois ao mesmo tempo em que revela uma construção mais efetiva do vínculo com o usuário, a família e a comunidade na atenção básica, prevalece o ainda no hospital uma certa abstração das dimensões socioculturais e subjetivas, o que mostra também outro lado: a necessidade de investimento no profissional para que este conte com respaldo para dar conta de lidar de modo acolhedor nas ações de cuidado, aprendendo a aprender com situações difíceis que trazem sofrimento.

Isso não significa que não haja, por parte dos enfermeiros do hospital, sensibilidade para com a dor do outro, sendo inclusive muito forte em alguns relatos a referência às práticas de humanização, mesmo que estas não se revistam necessariamente de valores como a autonomia e a cidadania dos usuários.

Ao discorrerem sobre o ensino oferecido nos cursos de graduação em que se formaram, os enfermeiros não problematizam a divisão entre teoria e prática nem a dicotomia entre ciclo básico e ciclo profissional, e nem mesmo a fragmentação do conhecimento nos currículos que se orientam por disciplinas isoladas e pela transmissão do conhecimento. Isso nos leva a considerar que os entrevistados

foram formados por processos que se fundamentaram na abordagem de ensino tradicional.

O exposto pelos enfermeiros revela, porém, outras duas dimensões presentes nos processos formativos da saúde, e da enfermagem em particular. Primeiramente, referem-se ao predomínio do ensino para o desempenho da função assistencial, centrado no oferecimento de conteúdos relacionados às técnicas que orientam a assistência de enfermagem com foco no paradigma biologicista e centrado em procedimentos, fortalecendo o entendimento de que o exercício profissional conforma-se no predomínio do fazer assistencial. Segundo, quando os enfermeiros referem-se ao ensino da administração relacionam conteúdos referentes à abordagem tradicional da administração, que se orienta pelos aspectos normativos e prescritivos do desempenho profissional nas organizações, bem como pelas estruturas formais, com hierarquização do poder.

Assim, pode-se pressupor que as práticas assistenciais, gerenciais e de ensino daí resultantes serão marcadas pela lógica de mercado de acumulação de capital, traduzindo-se em prática assistencial, pela tecnificação dos atos de cuidado e enfatizando a assistência hospitalar e a divisão técnica e social do trabalho, com tendência a especialização, fragmentação do processo assistencial e controle da produtividade dos serviços — traços esses conservadores. O gerenciamento praticado pelo enfermeiro nessas circunstâncias se dá predominantemente pelo exercício do controle dos recursos para a assistência, em termos de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros (CIAMPONE; KURCGANT, 2004). O conteúdo identificado nos discursos colhidos expressou convergência com

atividades de controle relacionadas a esses recursos, tanto no campo hospitalar quanto da rede básica de saúde.

Considerando o exposto, pode-se inferir que os processos de ensino analisados e/ou vivenciados por estes enfermeiros não estão se orientando pelo perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares para o curso de Enfermagem, ou seja, não estão garantindo a formação de competências e habilidades gerais que construam autonomia, consciência crítica e compromisso social para possibilitar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, às famílias e à comunidade.

Ao tratarem do processo formativo para o exercício da gerência, não se constatarem diferenças consideráveis entre os dois campos de atuação dos participantes, pois tanto os que atuam no hospital quanto os da rede básica apontaram as mesmas dificuldades, não se justificando tratá-los aqui separadamente. Entre as questões indicadas como frágeis na formação encontram-se a falta de preparo profissional para lidar com o relacionamento humano e com conflitos presentes nas relações interpessoais do trabalho em equipe, e também para a tomada de decisões, o desenvolvimento do senso crítico e a capacidade de liderança. Essas questões nos remetem ao campo do desenvolvimento de atitudes e comportamentos, cujo aprendizado não se dá, como já dissemos, por transmissão cognitiva apenas, sendo necessário o envolvimento do estudante com situações cotidianas, mediado por estratégias metodológicas que possibilitem o processo reflexivo.

Encontramos fragilidades não verbalizadas pelos enfermeiros que podem estar limitando a possibilidade de contextualização das realidades em que atuam e

gerando muitas das questões colocadas por eles como problemáticas. Tais fragilidades relacionam-se às dificuldades deles próprios, que não percebem os determinantes ideológicos que orientam a organização da produção nos serviços de saúde, e advêm dos limites vivenciados no processo formativo desses profissionais. Assim, os enfermeiros não estão preparados para o gerenciamento dos conflitos gerados pela conjunção de distintos projetos na orientação das práticas profissionais no cotidiano da gestão. O ensino de enfermagem, além de não dar conta de atender ao perfil proposto nas diretrizes curriculares, não contribui para a formação de profissionais com os perfis requeridos para a mudança do modelo assistencial veiculada pelo SUS.

No entanto, os enfermeiros que, ao se referirem às experiências de ensino em desenvolvimento e com as quais convivem atualmente, revelam perceber mudanças na forma como essa prática vem se desenvolvendo. Ao expressarem percepção das novas formas de ensinar, permitem-nos observar significativa diferença entre os que atuam no hospital e os que trabalham na rede básica de saúde. Os primeiros se mostram reticentes às inovações percebidas nas práticas de ensino que se desenvolvem na instituição e verbalizam tal comportamento na forma de questionamentos, atribuindo valores que denotam importância a características do processo ensino–aprendizagem que se relacionam com a abordagem tradicional de ensino. Os enfermeiros que atuam na rede básica, por sua vez, não demonstram domínio teórico para interpretar e discorrer fluentemente sobre a natureza das mudanças que estão ocorrendo e sendo percebidas por eles no ensino de graduação, mas, ao contrário dos colegas da área hospitalar, mostram disponibilidade e interesse em investir no processo de mudança. Muitos dos pontos apontados como limitantes no ensino de graduação pelos enfermeiros que atuam na

rede básica, como a valorização das ações de promoção e prevenção, o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, o compromisso social, a integração ensino–serviço e a necessidade de contextualização do ensino, são aspectos que se relacionam com as inovações contidas no projeto de transformação das práticas de ensino implícito nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Ao se orientar pelos pressupostos do SUS, o ensino de graduação dos profissionais de saúde deve centrar-se na produção de ações que tomem a integralidade da atenção em saúde como noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas aí construídos. Esse movimento deverá reunir potência suficiente para superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos, em que os usuários são interpretados como “sacos de órgãos” ou simples território em que evoluem quadros fisiopatológicos, sendo os adoecimentos enfrentados como eventos apenas biológicos (PINHEIRO; CECCIM, 2005). Para imprimir uma mudança dessa dimensão, o empreendimento deve se pautar pelo investimento ético-político de pensar a formação como educação permanente em saúde, considerando o cotidiano do trabalho e os impactos que o trabalho tem sobre o processo saúde–doença das coletividades como critério de contemporaneidade do curso frente às necessidades sociais e científicas de saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2005).

Ainda focalizando os limites percebidos na formação, os enfermeiros mencionam não estar ocorrendo integração necessária entre as instituições de ensino e de assistência. Isso dificulta o desenvolvimento da visão integradora de ensino e trabalho como possibilidade de construção de compromissos das instituições de educação superior com o SUS, influenciando na capacidade das escolas

de formar para a integralidade, formar de acordo com as necessidades de saúde da população, ao mesmo tempo em que demandam a adoção de metodologias que facilitem essa aproximação. Tais dificuldades estão relacionadas a cenários de aprendizagem e a metodologias de ensino que não facilitam uma inserção mais significativa nas situações reais de trabalho, situações essas cujo aprendizado não faz por transmissão cognitiva somente, sendo necessário envolvimento do estudante com situações cotidianas, mediado por estratégias metodológicas que possibilitem o processo reflexivo. Nesse sentido, Ceccim e Carvalho (2005, p. 90) sugerem que “as metodologias de ensino devam passar pelo crivo de quais fatores de exposição estão sendo proporcionados, pois não se aprende apenas por transmissão cognitiva — desse jeito, apenas se memoriza. Para a incorporação de modos e perfis são necessárias exposição de si e contato com a alteridade (o outro despertando diferença-em-nós)”.

Sendo assim, as ações de ensino deverão ser tratadas de forma integrada e articulada — conteúdos, forma de avaliação, seleção dos cenários de aprendizagem, estratégias pedagógicas e metodológicas — e, com igual importância, reunir todos os envolvidos no processo. Agindo dessa forma, poderíamos evitar negligenciar as questões de natureza ética e humana relativas à formação, articulando metodologias de ensino que instiguem o estudante a participar, construir implicação e assumir responsabilidades em seu processo de formação, favorecendo a esses futuros profissionais a possibilidade de compreensão dos sentidos, valores e significados de nossa ação e de para quem esta se dirige (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Os participantes do estudo, sobretudo aqueles com mais tempo de formação, se mostraram favoráveis ao estabelecimento de relações mais próximas

com as atividades de ensino, bem como disponibilidade para realizar adequações em seus afazeres cotidianos no sentido de criar espaços favoráveis ao desenvolvimento do processo ensino–aprendizagem. Os enfermeiros formados mais recentemente revelaram atribuir importante valor à inserção dos estudantes em situações reais de trabalho, sob orientação dos enfermeiros de serviço.

O conteúdo analisado nos permitiu entender que os enfermeiros foram formados por processos de ensino vinculados aos referenciais da educação tradicional, ou seja, com ensino centrado no saber do professor, que se organiza pela ótica da compartimentalização dos saberes, com predomínio da transmissão e não da construção do conhecimento. As dificuldades em seus processos de aprendizado, referidas em seus depoimentos, nos remetem ao entendimento de que sua formação não se orientou por abordagens pedagógicas guiadas pela promoção da autonomia do sujeito que aprende e pelo estímulo ao desenvolvimento do pensamento crítico — autonomia e criticidade fundamentais para a formação de profissionais comprometidos com a promoção da integralidade do sujeito e da atenção à saúde, com capacidade reflexiva suficiente para entender as relações interpessoais, profissionais e organizacionais e para defender a promoção da horizontalidade e democratização dessas relações. Enfim, compreendemos que os enfermeiros às vezes se expressam demonstrando a apreensão de novas referências conceituais, porém ainda sem disporem de uma constituição conceitual e experiencial sólidas que lhes permitam uma leitura crítica da realidade. Isso também se relaciona ao predomínio de insuficiente articulação entre teoria e prática, levando o estudante de enfermagem muitas vezes a não contar de modo mais efetivo com aprendizado em situações reais e portanto complexas de trabalho. Isso não significa que os alunos não sejam inseridos nos serviços, nos chamados estágios, mas essa

inserção não é necessariamente um elemento disparador para a problematização da realidade, com articulação e ressignificação do referencial teórico, correndo-se o risco de vivenciar, em algumas situações, a mera reprodução do fazer gerencial já disponível nos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreensão do material empírico resultante das entrevistas individuais e discussões grupais nos possibilitou alcançar as reflexões apresentadas, a partir das quais produziremos algumas considerações finais, tendo em conta os objetivos do estudo.

Nesse movimento, aproximamo-nos da dimensão gerencial da prática dos enfermeiros do campo hospitalar e da atenção básica, bem como de suas percepções sobre o ensino da gerência nos cursos de graduação em Enfermagem. Nessa aproximação, nos deparamos com situações que representam forte aderência dessas práticas aos modelos de atenção, gerência e ensino.

As características identificadas nos conteúdos que tratam da gerência, na percepção dos enfermeiros do hospital, caracterizam o processo de gestão em funcionamento na instituição como aderente ao modelo tradicional. A gerência exercida se pauta pelo uso de instrumentos com pouca ou nenhuma flexibilidade para possibilitar integração do hospital ao sistema de saúde do município. Os argumentos utilizados pelos enfermeiros para contextualizar a forma como se organiza o trabalho ainda se pautam por uma visão da administração tradicional, quando discutem a liderança, as práticas educativas, a gestão e a própria formação. Assim, o enfermeiro coordena o trabalho da enfermagem, porém não consegue conduzir uma proposta que dê conta do cuidado integral, não questionando portanto o instituído de forma a reconfigurá-lo.

Os enfermeiros que atuam na rede básica de saúde reconhecem que o serviço se orienta com base nos princípios organizativos propostos pelo SUS, mas

evidenciam a ausência de um processo administrativo e assistencial coerente com a estrutura descrita e que garanta seu adequado funcionamento. No entanto, a percepção de que existem orientações ideológicas contraditórias permeando o direcionamento do trabalho administrativo e assistencial na unidade foi sutilmente mencionada. As práticas realizadas na atenção básica aproximam-se da perspectiva da mudança, quando se registra uma compreensão ampliada dos enfermeiros em relação ao processo saúde–doença e à visão de sujeito que permeiam tais práticas, percebendo-se preocupação em promover a autonomia do usuário, interesse em ampliar a capacidade de atendimento do sistema e compromisso em adotar estratégias que fortaleçam a promoção da saúde.

Considerando o exposto, não constitui exagero entender que o conteúdo aqui descrito acumula argumentos favoráveis à necessidade de que também ocorram mudanças na formação dos profissionais de saúde. As mudanças indicadas pelos enfermeiros guardam relação com a necessidade de distanciamento dos enfoques que orientaram os processos formativos até agora, em currículos centrados na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva da tecnologia, marcados pela dissociação entre teoria e prática, voltados a um desempenho profissional impessoal e descontextualizado e configurados para a formação do trabalhador produtivo em um contexto em que o mercado é o princípio organizador do conjunto da vida coletiva.

Os conteúdos produzidos pelos enfermeiros participantes do estudo acenam para adoção de práticas que migrem para um novo paradigma capaz de reorientar as relações entre os profissionais e a comunidade e de redefinir o peso e o papel do setor de prestação de serviços de saúde. Tal direcionamento é compartilhado por

muitos dos estudos referidos nesta pesquisa, que estão a nos indicar a necessidade de mudanças de rumo para a formação dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, a universidade desempenha papel fundamental de contribuir para a transformação dos serviços de saúde de modo a atender as necessidades da maioria da população. No entanto, é preciso um conhecimento que instrumentalize a força de trabalho para que se possa intervir nessa realidade. É porém indispensável que a universidade construa projetos de formação de profissionais de saúde que se coadunem com o direcionamento dado pela política de saúde do país — em nosso caso, com o SUS —, tendo em vista a atual política que une os Ministérios da Saúde e Educação em prol do desenvolvimento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

O foco central do Pró-Saúde propõe assegurar uma abordagem integral do processo saúde–doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformação nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Dito de outra forma, prevê a integração das instituições de ensino superior à rede pública de serviços, de modo a dar respostas às necessidades concretas da população brasileira, formar recursos humanos, produzir conhecimento e prestar serviços, direcionando-se, em todos estes casos, ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2007).

Coerentemente com as orientações aqui traçadas, e em cumprimento ao segundo objetivo proposto neste estudo, pretendemos apontar diretrizes que orientem o processo de formação do enfermeiro para o exercício da gestão nos serviços de saúde. Para isso, fundamentamo-nos em autores que apontam

reflexões, diretrizes e experiências para a formação do profissional da saúde no contexto do SUS, considerando como primordiais, entre outros, o princípio da integralidade; a construção de práticas gerenciais participativas, promotoras do trabalho interdisciplinar; e a construção de projetos político-pedagógicos e de práticas de ensino–aprendizagem que possibilitem a construção de uma formação crítico-reflexiva, com potencial para formar sujeitos enfermeiros comprometidos com as necessidades de saúde da população brasileira.

O princípio da integralidade tem sido tomado como dispositivo crítico para a formação de profissionais de saúde, ressaltando-se seu potencial para o trabalhador operar transformações na política de saúde. Entendemos, como Silva e Tavares (2004), que, como os demais princípios do SUS, o princípio da integralidade só se materializa no campo das relações humanas: nas relações políticas, nas relações de trabalho, na forma como os profissionais se relacionam com as pessoas que procuram os serviços de saúde.

Na literatura consultada ficou claro que o SUS se estrutura na perspectiva de que a interdisciplinaridade se fortaleça, ou seja, busca construir, com base em seus princípios, relações solidárias e democráticas, propondo dessa forma que os modos de formação empregados para a qualificação de seus profissionais pressuponham o desenvolvimento omnilateral das capacidades humanas.

Campos (2000b) corrobora essa afirmativa quando comenta que na sociedade contemporânea grande parte dos campos científicos ou de práticas tem caráter multiprofissional e apresenta como característica marcante a interdisciplinaridade, tornando-se inevitável a ocorrência de limites indeterminados e

certa sobreposição entre as diversas disciplinas que constituem as áreas do conhecimento.

A construção de práticas interdisciplinares, fundamentais para o cuidado em perspectiva integral, demanda práticas de gestão participativas que incluam os diversos profissionais e os usuários dos serviços de saúde, e a comunidade como um todo, nos processos de tomada de decisão que envolvam suas próprias experiências cotidianas.

Considerar a integralidade, a interdisciplinaridade e a construção de práticas de gestão democráticas significa repensar valores, concepções e conteúdos de ensino e os modos de fazê-los presentes no processo ensino–aprendizagem nos cursos de graduação em Enfermagem, especificamente no ensino da dimensão gerencial da prática do enfermeiro, cabendo ainda considerar o próprio processo ensino–aprendizagem como fenômeno complexo.

“O global é mais que o contexto, é o conjunto das diversas partes ligadas a ele de modo inter-retroativo ou organizacional”. O todo reúne qualidades ou propriedades que não se manifestam quando essas partes se encontram isoladas umas das outras, bem como certas propriedades ou qualidades das partes podem ser inibidas por restrições provenientes do todo (MORIN, 2005, p.37). A idéia de fragmentação do objeto do conhecimento levou a progressos gigantescos no campo das especialidades. No entanto, tais progressos estão dispersos, desunidos, e essa concepção nos convenceu da necessidade de que é preciso recompor o todo.

Nesse sentido, “recompor o todo”, tendo como foco o ensino da gestão em enfermagem, demanda partir de um projeto formativo que permanentemente

possibilite reflexão sobre as questões ‘Para quê?’, ‘O quê?’ e ‘Como ensinar gestão em enfermagem?’.

Trata-se, pois, de reconstruir a formação para uma prática gerencial amparada em um projeto pedagógico que se sustente em alguns pontos destacados por Sena (2000): uma ampla e profunda discussão do perfil profissional em um contexto socioeconômico e cultural que considere as condições de vida e saúde, os aspectos demográficos, o padrão epidemiológico da população, a organização e funcionamento do sistema de saúde, as demandas e necessidades objetivas e subjetivas da população e todo o arsenal tecnológico disponível para pensar, fazer e ser na área da produção de serviços de saúde.

O processo de gestão deve pautar-se também por uma lógica que valorize as relações sociais, favorecendo a produção de sujeitos sociais autônomos e responsáveis. Sendo assim, na prática gerencial, os recursos humanos deverão ser compreendidos como sujeitos sociais em ação, visto que não são objetos, mas seres humanos dotados de interesses próprios, de necessidades e de desejos, que produzem relações sociais na medida em que interagem constantemente com outros sujeitos e que podem adquirir capacidade para intervir na realidade. Portanto, trata-se de apreender essa noção de sujeito como um pressuposto fundamental que pode servir de guia norteador para (re)direcionar o processo de gestão na saúde e enfermagem (SPAGNOL, 2005), bem como o processo de ensino nesse campo.

Quanto aos conteúdos referentes à formação para a prática gerencial, não devem ser abordados em abstrato. Ao contrário, devem estar disponíveis conteúdos e experiências que permitam aos estudantes proceder a uma adequada análise dos serviços no sentido de interpretá-los de forma contextualizada. Isso envolve

considerar que esses serviços podem se organizar amparando-se em diferentes concepções do processo saúde–doença e em diferentes objetos e formas de intervenção para a saúde e enfermagem — ou seja, podem se amparar em referencial teórico metodológico distinto. Reconhecer tais distinções é fundamental para que o aluno em formação possa também compreender que as práticas de gestão não são neutras, encerradas em si mesmas, mas construídas nas relações, tendo implicações diferentes para a atenção em saúde conforme os referenciais que as fundamentem. Esse argumento toma força tendo-se em vista os discursos colhidos acerca da relação ensino–trabalho na formação dos enfermeiros, a qual não foi suficiente para promover nesses profissionais uma compreensão das questões que se relacionam com as forças sociais que contextualizam as realidades de trabalho.

Isso nos permite afirmar que tomar os modelos tradicionais de gestão no ensino em enfermagem é insuficiente para construir uma instrumentalização profissional que possibilite a construção de práticas gerenciais participativas, articuladas ao cuidado em saúde, ou seja, práticas gerenciais que não dicotomizem o cuidado e a gestão.

Ciampone e Kurcgant (2004) propõem que o modelo assistencial e gerencial sejam os eixos que direcionam as práticas do coletivo de trabalhadores da saúde das diferentes profissões. Assim, o enfoque interdisciplinar deve ser tomado como princípio que orienta e sustenta as diferentes práticas e que garante especificidade a cada um dos profissionais, permitindo, porém, certa unidade de conhecimento. Entendemos que a adoção desse enfoque impede as dicotomias saúde–doença, curativo–preventivo e individual–coletivo e, fundamentalmente, contribui para

superar a fragmentação do conhecimento característica do pensar positivista. Coerentemente, essas autoras acrescentam que o ensino processado nessa direção deve se pautar em conteúdos e abordagens que incorporem visões de mundo mais abrangentes e significativas, no sentido de transformação de um paradigma positivista para outro dialético, compatível com as atuais políticas de saúde e compatível com a visão contemporânea de administração²² (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Como coroamento de todo um investimento em torno de práticas de ensino que migrem em direção ao novo, ressalta-se a importância de um referencial bibliográfico que orientará o olhar de todos os envolvidos no processo. Assim, é importante a adoção de referenciais que evidenciem uma percepção de administração em enfermagem convergente com paradigmas compatíveis com a complexidade do mundo contemporâneo. Tal referencial enfatiza, segundo Ciampone e Kurcgant (2004), o potencial e o desempenho humano para a mudança, bem como os conflitos e o interjogo do poder que permeiam as relações nas instituições de saúde, tendo como pano de fundo as determinações do macrocontexto. Coerentemente com o exposto, o referencial teórico apontado na bibliografia deverá permitir ao educando refletir sobre as realidades vivenciadas.

Convém acrescentar que para a seleção de conteúdos é fundamental operar com o critério de competências para aprender a aprender, e não com o critério de cercar todos os conteúdos ou suas faces, ainda que superficialmente (CECCIM; CARVALHO, 2005). Isso diz respeito especificamente ao desafio de extrapolar modelos “conteudistas” para eleger metodologias de ensino–aprendizagem que

²² Administração contemporânea: conjunto de abordagens da administração que abarca as dimensões ético-políticas e psicossociais do gerenciamento (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

sejam coerentes com a perspectiva de construção de autonomia e pensamento crítico-reflexivo, o que também se relaciona com a necessidade de fortalecimento das articulações entre teoria e prática, aproximando o estudante da realidade de trabalho em que se desenvolvem as ações gerenciais da prática do enfermeiro.

Sendo assim, o processo ensino–aprendizagem estará profundamente vinculado aos cenários de prática e aos problemas da vida real, por ser aí que se situam os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde e por ser por meio desses sujeitos que os processos de transformação poderão ocorrer. Isso significa que as atividades práticas funcionariam como elemento que desencadeia o processo de construção do conhecimento no processo de formação dos profissionais de saúde, além de pressupor a inversão da seqüência clássica de teoria e prática na construção do conhecimento, assumindo-se, em vez disso, que tal processo se dá de forma dinâmica por meio do mecanismo ação–reflexão–ação. Tal direção aponta para a construção de práticas de ensino que se fundamentem em referenciais metodológicos críticos e problematizadores.

Entende-se a problematização como uma das etapas fundamentais da prática educativa, que, acompanhada da instrumentalização (apropriação de instrumentos e signos e criação de novos instrumentos), propicia uma prática social de professores e alunos distinta da prática tradicional (MAZZEU, 1998). Na problematização, a relação ação–reflexão–ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo, visando o desenvolvimento da consciência crítica — no caso, em relação aos problemas de saúde da comunidade (BERBEL, 1999).

Nesse contexto, por configurarem uma dimensão de valiosa importância que compõe o processo ensino–aprendizagem, os cenários de aprendizagem devem

envolver a gestão e a atenção à saúde, assim como a vivência nas instâncias de controle social em saúde, a compreensão do trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar. Devem “envolver a rede de serviços de saúde como um todo, pois todos os ambientes de trabalho em saúde devem ser conhecidos ao longo da formação e maior familiaridade e destreza devem ser proporcionadas pelos campos de atuação com maior expansão e perspectiva de integralidade, de forma que os recém-formados tenham mais autonomia e segurança ao ingressarem no mercado de trabalho” (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 89).

Considerando a realidade dos contextos de gestão, principalmente no campo hospitalar, a aprendizagem da dimensão gerencial do trabalho em saúde requer uma aproximação do estudante com o núcleo que coordena as ações e decisões institucionais, em suas diversas instâncias. Tal aproximação de certa forma expõe as fragilidades e potencialidades institucionais, extremamente protegidas nas organizações ainda fortemente burocratizadas. Assim, o enfrentamento dessas situações reivindica experiências que realmente adotem a integração ensino–serviço como possibilidade de promover a articulação necessária às possibilidades de aprendizado. Constituir articulações entre o mundo do trabalho e o mundo da formação é processo gradativo, marcado por limites presentes na instituição de saúde e na universidade, mas ao mesmo tempo é processo com grande potencial para problematizar e construir novas práticas de gestão.

A aproximação universidade–serviço pode, assim, possibilitar a construção de práticas de educação permanente não significativamente exploradas como ferramentas da gestão e da formação pelos sujeitos deste estudo. Cabe lembrar a importância da participação mais efetiva dos enfermeiros dos cenários de atenção

básica e hospitalar no planejamento, acompanhamento e avaliação dos estudantes que fazem “estágios” em seus locais de trabalho.

Cabe também apontar a necessidade de constituir estruturas curriculares que promovam processos articuladores de conhecimento e entre teoria e prática, de modo a aproximar o ensino clínico (na perspectiva da clínica ampliada) ao ensino da gestão, não negando suas especificidades, mas articulando-os. Isso é fundamental se a intenção realmente for construir a integralidade em saúde.

Assim, construir práticas de gestão condizentes com a consolidação do SUS requer que sejam ultrapassados os conteúdos de ensino que se pautam nos referenciais tradicionais do campo de saber da administração, incorporando conteúdos fundamentados na perspectiva crítico-reflexiva que concebe a prática da gestão em saúde e enfermagem como processo histórico-social que se articula sempre com um projeto político de construção do cuidado em saúde. Faz-se necessário incorporar também conteúdos que dêem subsídios para os enfermeiros lidarem com questões relacionais, subjetivas, presentes no cotidiano de trabalho, extrapolando a racionalidade técnico-instrumental. No entanto, apenas substituir ou incorporar outros conteúdos não faz sentido se não for questionada a metodologia de ensino tradicional, com seus limites à formação de profissionais críticos, éticos e socialmente compromissados, sendo ao mesmo tempo buscadas metodologias críticas de ensino que enfoquem o aluno como sujeito e valorizem a articulação entre conhecimentos e entre teoria e prática, o que exige novas relações entre formação e trabalho e novas relações professor–aluno.

Cabe ainda considerar a necessidade de estreitar diálogos que, não perdendo de vista as especificidades dos campos da atenção básica e hospitalar,

permitam uma construção mais compartilhada na formação, em prol da superação das dicotomias individual-coletivo e clínica-gestão.

Todas essas mudanças requerem que o ensino da dimensão gerencial da prática do enfermeiro seja tomado como objeto de reflexão tendo em vista os projetos pedagógicos das instituições de ensino, pois, considerando a complexidade dos processos formativos e de construção de prática profissional, a aprendizagem da gestão precisa ser contextualizada e articulada aos diversos campos de saber que conformam o enfermeiro generalista. Como expõem Vale e Guedes (2004, p. 476), “os projetos orientam os caminhos e expressam posições e desejos de mudanças, concentrando esforços coletivos, no entanto, não viabilizam as condições para o fazer/transformar”.

Tais condições que envolvem dimensões políticas, organizacionais, pedagógicas e relacionais podem ser construídas nas negociações cotidianas, nos distintos cenários da saúde e do ensino, envolvendo diversos sujeitos, em prol da construção de novos modos de gerir, cuidar e ensinar que sejam pautados em valores fundamentais como a integralidade e a cidadania.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. L.; STOLL, I.; RAMOS, L. S.; BAUMGARDT, R. A.; KRISTENSEN, C. H. Estresse ocupacional e síndrome de *burnout* no exercício profissional da psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 22-29, jun. 2002.

ACIOLI, S. Os sentidos do cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004. p.187-204.

ALMEIDA, C. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-36, 2002. Suplemento.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

AMARU, A. C. **Gerencia de trabalho de equipe**. São Paulo: Pioneira, 1986.

ARAÚJO, L. D. S. A construção de um novo olhar no ensino do aleitamento materno: uma contribuição da educação crítico-reflexiva. São Paulo, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Fiocruz, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, comunicação, saúde e educação**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

AZEVEDO, S. C. O Processo de gerenciamento x gestão no trabalho do enfermeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2000.

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 28, v. 3, p. 409-15, 2007.

BARBIERI, A. R. A Assistência à Saúde em Campo Grande através do SUS: a construção de uma política. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 17-25, 1997.

BARBIERI, A. R. Eficácia e eficiência gerencial em uma organização pública de saúde de nível municipal: estudo de caso em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

BARBOSA, E. F.; GOMES, M. E. S. A técnica de grupos focais para a obtenção de dados qualitativos, 1998. Instituto de Pesquisa e Inovações Educacionais (Educativa). Disponível em: <www.educativa.com.br>. Acesso em: 26 set. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (PO): Edições 70, 1979.

BARROS, D. F. Avaliação da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa Multi-institucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – Convênio Rede Centro-Oeste, Brasília, 2006.

BEHRENS, M. A.; RAYMUNDO, G. P.; SILVA, E. F. S. Paradigmas Contemporâneos e a Educação Superior. **Rev. Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 87-103, jan./abril, 2002.

BENEVIDES, R. Humanização da Saúde: o homem como 'medida de todas as coisa': Formação em saúde é uma das principais estratégias para humanizar o SUS. **Revista RET-SUS**, março de 2005.

BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, N. A. N. (Org.). **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicação. Londrina: UEL, 1999. p. 1-28.

BERNARDES, E. H. Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família, de uma cidade de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BERNARDINO, E. Mudança do modelo gerencial de um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa Interunidades de Doutorado dos Campi de São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BIASOTO JUNIOR, G. **Recursos Humanos e Qualificação Profissional**: impasses e possibilidades. *Rev. Formação*, Brasília, n. 5, p. 75-85, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Integração Docente – Assistencial (IDA)**. Brasília-DF, 1981. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final. v. 8, 1986. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e princípios**. Brasília, v. 1, 20 p. 1990a.

BRASIL. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS**. Brasília, 1991. 12p. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994a.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Portaria 1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de dezembro de 1994, seção 1, p. 19.301-19.302. 1994b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Política de Recursos Humanos para o SUS**: Prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 33p.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de dezembro de 1996, seção 1, p. 27.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): MS; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos** – Saúde da Família; MS, 1998; p.1.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº. 3.189, 4 de out. 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 de out. 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Profissional – Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Médio – área Profissional de Saúde. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualificação Profissional e Saúde Com Qualidade. **Formação**: Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (Livro do Tutor)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília (DF), 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Unidade de aprendizagem** – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

CAMACHO, J. S. **Ideologia, poder e administração**. Escola de Administração de Empresas. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1987. (mimeografado).

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

CAMPO GRANDE (Prefeitura Municipal). Secretaria de Saúde. Plano municipal de saúde: 2002 a 2005. Mostra a realidade da saúde do município até 2001 e as ações necessárias ao seu desenvolvimento no período 2002-2005. Campo Grande, mar. 2002.

CAMPO GRANDE (Prefeitura Municipal). Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2006 a 2009. Mostra a realidade da saúde do município até 2005 e as ações necessárias ao seu desenvolvimento no período 2006-2009. Campo Grande, mar. 2006.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. Saúde em debate – Série Didática. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 04, out./dez., 1998.

CAMPOS, G. W. S. Eixos de Conformação do Método. In: CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000a.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, Rio de Janeiro, 2000b.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003a.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003b.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos de RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CASTELLANOS, B. E. P.; RODRIGUES, A. M.; ALMEIDA, M. C. P.; ROSA, M. T. L.; MENDES, S. A. S. A. Desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO

BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989. Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1989, p. 147-169.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre – disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2005.

CECCIM, R. B. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. (Orgs.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005.

CECCIM, R. B.; CAPAZZOLO, A. A educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Orgs.) **Educação Médica em transformação: instrumento para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 113-126. 2001.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003, p. 197-210.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. LLANOS, M. (Orgs.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CHIRELLI, M. Q. O Processo de Formação do Enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FANEMA. Ribeirão Preto, 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo - Programa Interunidades em Enfermagem das Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2002.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O Ensino de Administração em Enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, jul./ago. 2004, p. 401-7.

CIANFLONE, A. R. Práticas avaliativas no ensino médio: um estudo etnográfico com professores de uma universidade pública. 1998. Tese (Doutorado em Letras) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998. 165 p.

CIETTO, L.; PEREIRA, M. D.S.D. Integração da Assistência e do Ensino de Enfermagem: considerações sobre os aspectos administrativos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, p. 41-47, 1981.

CNE – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre as diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

CNE – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CES n. 4, de 27 de outubro de 2005. Inclui novo dispositivo à Resolução CNE/CEB 1/2005, que atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o Ensino Médio e para a Educação Profissional Técnica de nível médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004. Brasília, **Diário Oficial da União**, 11 de novembro de 2005, seção 1, p. 74.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 229/2005. Dispõe sobre indicativos para a realização de estágio curricular supervisionado de estudantes de enfermagem de graduação e do nível técnico da educação profissional. 2005. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

CORDONI JUNIOR, L. Proposta de incentivo à reorientação do ensino superior em saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 2, n. 1/2. p. 43-47. 1999.

CORRÊA, A. K. Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana. 2000. 212p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Ribeirão Preto, 2000.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?**: Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 164p.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e Equipes de saúde: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CUNHA, M. I. Aportes Teóricos e Reflexões da Prática: A Emergente Reconfiguração dos Currículos Universitários. In: MASETTO, M. T. (Org.). **Docência na Universidade**. Campinas: Papirus; 1997.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: HealthCom, 1994.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development; 1997.

DEMO, P. Conhecimento e Aprendizagem na Universidade. In: TOMELIN, H.; GOMES, J. (Orgs.) **Educação-Gestão do Conhecimento e da Aprendizagem**. 1ª ed. Belo Horizonte: Uma Editoria, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

ESPIRIDIDÃO, E. Holismo só na teoria: a trama de sentimento do acadêmico de Enfermagem sobre sua formação. 2001. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ESPIRIDIDÃO, E. Repensando a formação do enfermeiro: o processo de conscientização crítica e práticas docentes à luz do referencial ético-humanista. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2005. - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, 2005.

FAUSTINO, R. L. H. Desafios e Possibilidades da mudança curricular na EE-UFGM: a percepção discente. 1999. 193p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003, p. 197-210.

FERRAZ, C.A.; MARTINS DO VALLE, E. R. **A administração em Enfermagem**: da gerência científica à gerência sensível. Enfermagem nas Américas. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 1999.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MICHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, jul/ago 2004, p. 395-400.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1994.

FEUERWERKER, L. Estratégias de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Rev. Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002.

FEUERWERKWER, L.M.; CECILIO, L.C.O. O Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, jul./ago. 2007.

FEUERWERKWER, L. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que tem a ver com a nossa vida? **Rev. Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n.18, p 5-6, mar/1998.

FEUERWERKER, L.; KALIL, M. E.; BAUDY, R. J. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA. **Divulg. Saúde debate**, v. 22, p. 49-62, dez. 2000.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Rev. Saúde Pública em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 172-281, set/dez. 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs). O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, abr./jun. 1990.

GOMES, E. L. R. Administração em Enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1991.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. IN: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. Cap. 4, p. 67-80.

GONZÁLEZ, A. D. Integralidade da Saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. 2007. Artigo on-line. Acessado em: 31 dez. 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br>

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A Expressão do cuidado no Processo de Transformação Curricular da faculdade de enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 10, n.15, p.124-136, jun., 2004.

LIBÂNEO, I. C. Tendências Pedagógicas da Prática Escolar. In: LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, A. D. S. Ensino de Enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 270-277, jul./set., 1994.

LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Desafios na construção de novos modelos pedagógicos nos cursos de medicina e de enfermagem. **Rev. Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002.

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do Financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde retrospectiva 1990/1995. Revista de Planejamento e Políticas Públicas, v. 14, dez. 1996, p. 75-156,

LUCHESE, R.; BARROS, S. Grupo Operativo como Estratégia Pedagógica em um Curso de Graduação em Enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 1, p. 66-74, 2002.

LUCENA, A. F.; PASKULIN, L. M. DE S.; SOUZA, M. F.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Construção do conhecimento de fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p.292-8, 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, J. L. M.; CALDAS JR, A. L.; BORTONCELLO, N. M. F. Uma nova iniciativa na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 147-156, 1997.

MAFFESOLI, M. **A violência totalitária**: ensaio de antropologia política. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Apresentação. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde**: Olhando a experiência do SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MATO GROSSO DO SUL. Decreto nº. 7062 de 20 de dezembro de 1994. Ementa. **Diário Oficial do Estado**, Campo Grande, MS, 13 de janeiro de 1995. Seção 2, pp. 37-39.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ – ABRASCO, 2005. p. 119-132.

MATTOS, R. "Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor". Entrevista ao BOLETIN Integralidade em Saúde. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1638&sid=25>>. Publicado em: 2 jan. 2008. Acesso em: 25 jan. 2008.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA; 1996. 292 p.

MAZZEU, F. J. C. Uma proposta metodológica par a formação de professores na perspectiva histórico-social. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n. 44, abr., 1998.

MÉDICI, A. C.; SILVA, P. L. B. Administração flexível: introdução às novas filosofias de gestão. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p.26-35, jul./set. 1993.

MENDES, E. V. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral. In: CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 265-97.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social da mudança nas práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENDES, E. V. Una agenda para la salud en Brasil. **Cuadernos Médico-Sociales**, 1994.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: A casa da qualidade, 2001. 144p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. **Razão e planejamento**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, p. 124-141. 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-29, 1999.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999. Cap. 1, p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da Saúde Coletiva. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; SILVA, EL. M.; GOMES, E. L. R.; ANSELM, M. L.; PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. Organização do processo gerencial no trabalho em Saúde Pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

MISHIMA, S.; VILLA, T. C. S., SILVA, E. L., PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, n. 24, v. 54, p. 66-74, 2000.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as qualitative research**. Qualitative research method series. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage, 1997.

MORIN, E. A ética do sujeito responsável. In: CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C.; COELHO N. N.; FIEDLER-FERRARA, N.; MORIN, E. **Ética, solidariedade e complexidade**. São Paulo: Palas Athena, 1998.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2005. Título original: Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur.

MORIN, E.; MOIGNE, J.L.L. **A inteligência da complexidade**. 8.ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas à atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea**: a ciência e a arte de dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.

MOURA, A.; MIRANDA, M.G. de O.; LIMA, M. das G. A.; FILHO, J. B. O desafio da construção de marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da FAEN. In: PINHEIRO, R., CECCIM, R. B.; MATTOS,

R. A. (Orgs). **Ensino – trabalho – cidadania**: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 33-44.

NASCE a Constituição Cidadã em 1988 - Democracia permite a participação social na elaboração do texto. **Revista RET-SUS**, ano III, n. 36, abr. 2008.

NIETSCHE, E. A. As teorias da Educação e o Ensino da Enfermagem no Brasil. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em Enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998. 306p.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia Emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. **Cadernos do IPEA**, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2006.

O PROFISSIONAL de saúde precisa ser capaz de uma abordagem integral. Bolet In Integralidade em Saúde. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/>>. Acesso em: 29 out 2004.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 (Sup.), p. 1819-29, nov. 2007.

PAIVA, M. S; SILVA, M. T. N.; OLIVEIRA, I. R. S.; ARAÚJO, M. J. S.; CARVALHO, V.; SANTOS, I. **Enfermagem brasileira**: Contribuição da ABEn. Brasília: ABEn Nacional; 1999.

PAPOULA, S. R. O Processo de Trabalho Intersectorial das Equipes de Saúde da Família no Município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS – Documento-Base. IN: **Manual de Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 2 v.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PEREIRA, M. J. B. O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. Ribeirão Preto, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2001.

PERES, H. H. C.; LEITE, M.M. J.; GONÇALVES, V.L.M. EDUCAÇÃO CONTINUADA: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho

profissional. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

PETRAGLIA, I. C. Complexidade e auto-ética. **EccoS Revista Científica**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-17, 2000.

PINHEIRO, R. **Integralidade e prática social**. Entrevista ao Boletim Integralidade Saúde, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=162&sid=25>>. Acesso em: 2 jan. 2008.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZAD, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 21-36.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr. 2005.

PLANO Nacional de Graduação: um projeto em construção. In: FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS. Rio de Janeiro, 1999. 35 p. Disponível em: <<http://prograd.ufpr.br//forgrad/documentos.html>>. Acesso em: 06/01/2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**, 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

RESCK, Z. M. R. A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora. 2006. 190p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZÁLES, R. M. B. Grupo Focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**, v.1, n.2, 2002.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, mar./abr. 2004, p. 438-446.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. Saúde em debate – série didática. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005, p. 460-8.

ROZENDO, C. A.; GOMES, E. L. R. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmitificação. **Rev. Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n. 5, 1998.

SANTOS, I.; SOUZA, A. A.; VIEIRA, T. C. V. **Preparação de Pessoal pelas instituições de saúde**. Mimeografado. Brasília. 1987.

SANTOS NETO, P. M.. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: A necessidade do planejamento. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, dez. 2002.

SAVIANI, D. **Educação**: Do senso comum à consciência filosófica. São Paulo: Cortez, 1987.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. I.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SENA, R. R. Novas tecnologias de ensino: desafios e potencialidades. **Olho Mágico**, Londrina, v. 6, n. 21, p. 7-8, 2000.

SILVA, V. E. F. O desgaste do trabalhador de enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 289p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, I. A. Construindo o significado da amamentação a partir da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 217-30, abr./jun. 1998.

SILVA, A. L.; CAMILLO, S. O. A Educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Rev. Escola da Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007, p. 403-10.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n.2, p. 271-285, 2004.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demandas e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, set/dez. 2003.

SILVA, V. R.; SILVA, M. G.; SANTOS, L. B. O. Proposta Pedagógica do PROFAE na perspectiva dos enfermeiros instrutores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 284-9, mai./jun., 2005.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SORDI, M. R. L.; MAGALHÃES, L. M. T.; SAMPAIO, S. F. Estabelecendo Novos Vínculos Entre o Ensino e a Prática de Administração de Enfermagem. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 5, n.2, p. 89-101, jul/dez. 1996.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contexto de desigualdade e descentralização. **Ciências e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, 2002.

SPAGNOL, C. A.. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127, 2005.

TAVARES, C. M. A. A atuação da enfermeira: uma contribuição para a prevenção do câncer ginecológico. 2006. 269f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, R. A. O trabalho da enfermeira na saúde da Família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re) criação do trabalho de enfermagem. 2002. 152p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e a lógica da programação**: O caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

URBANETTO, J. S.; CAPELLA, B. B. Processo de Trabalho em Enfermagem: gerenciamento das questões interpessoais. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, jul/ago., 2004, p. 447-52.

VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. A nova política de educação e suas implicações nos cursos de graduação de enfermagem: apreciação crítica da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEN, 2000, v.1, p. 370-8.

VANDERLEI, M. I. G. O Gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família: O processo de trabalho dos gestores e dos gerentes Municipais de Saúde em Municípios do Estado do Maranhão. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

VASQUES, A. S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Supl.), p. 225-264, 2005.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALDOW, V. R. Cuidado: Uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, jul.1992.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services**, v. 22, p. 429-445, 1992.

Apêndice 1 – Pedido de autorização para a realização do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Campo Grande, 29 de agosto de 2006.

Ilmo(a). Sr(a).

M.D. Diretor(a) do(a)

Prezado(a) Senhor(a):

Solicito a V.^aS.^a autorização para a realização do estudo vinculado ao programa de Doutorado - Interunidades - da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, intitulado **“A prática da gestão nos serviços de saúde no Município de Campo Grande: subsidiando o ensino de graduação”**, que deverá ser realizado com os enfermeiros (Gestores de serviços na rede básica e de unidade hospitalar).

A coleta de dados será efetuada pela técnica de entrevista semi-estruturada e de grupo focal. Os encontros com o pesquisador se darão em horários previamente agendados e adequados às possibilidades dos participantes não interferindo em suas atividades.

Para tanto necessitamos, inicialmente da relação nominal dos enfermeiros que exercem a função de gestores nos serviços vinculados a esta instituição. Num segundo momento necessitamos da realização de um encontro formalmente agendado com o maior número possível desses enfermeiros, onde procederemos a uma primeira aproximação com o grupo, falaremos dos objetivos do estudo e a estratégia a ser adotada para a coleta de dados. Durante a apresentação responderíamos as dúvidas a respeito do estudo e da forma de participação dos interessados e ainda procederíamos ao agendamento das entrevistas. Quanto à composição dos grupos para a realização de grupo focal, bem como a definição das datas dos encontros para a realização desta segunda etapa, serão definidas a posteriori porque estão na dependência da realização das entrevistas, para os quais serão observados os mesmos critérios para o agendamento dos encontros.

Informamos que o projeto de pesquisa se encontra em processo de aprovação pelos Comitês de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto.

Sem mais, agradeço a atenção dispensada a esta solicitação.

Vilma Ribeiro da Silva

Doutoranda em Enfermagem - EERP

COREN – MS 17228

Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Vilma Ribeiro da Silva, Doutoranda pelo Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da USP-Ribeirão Preto, estou realizando a pesquisa intitulada **“A prática da gestão nos serviços de saúde no Município de Campo Grande: subsidiando o ensino de graduação”**. Tendo como objetivo analisar a prática da gestão de enfermeiros que atuam em hospital e rede básica de saúde, a partir das suas próprias percepções acerca do seu trabalho cotidiano, sob a luz do referencial crítico-reflexivo.

Para tanto, solicitamos a sua colaboração no sentido de participação em entrevistas e nas discussões do grupo focal que serão gravadas em fita cassete, para uso exclusivo deste estudo. Não há necessidade de identificação, sendo garantido o seu anonimato e o sigilo das informações.

Se você concordar em participar voluntariamente como um dos atores da pesquisa, gostaríamos que soubesse que a sua contribuição será de grande importância. Você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo caso se recuse a participar ou se no decorrer do estudo optar por retirar-se. A sua participação não acarretará nenhum tipo de ônus.

Caso concorde em participar, necessitamos que preencha e assine o termo de consentimento que lhe será apresentado em anexo. Havendo concordância com os termos do mesmo, estaremos à sua disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou informação que considerar necessário.

Agradecemos antecipadamente pela sua atenção e possível participação.

Campo Grande, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do pesquisador: _____

COREN – MS 17228

Fone: (67) 3341-7895

E-mail: vrsilva@nin.ufms.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____

Fui esclarecida(o) sobre a pesquisa **“A prática da gestão em Enfermagem nos serviços de saúde no Município de Campo Grande: subsidiando o ensino de enfermagem”**. Concordo em participar da pesquisa e que as informações por mim fornecidas possam ser utilizadas para a confecção dos resultados do estudo.

Campo Grande, ____ de ____ de 2007.

Assinatura: _____ RG _____

Apêndice 3 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa:

1. Ano de Nascimento _____
2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
3. Ano de formação em enfermagem (graduação) ____/____ (mês/ano)
4. Escola onde se graduou _____
5. Tempo de trabalho na instituição _____
6. Tempo de trabalho na função de gestor _____
7. Realização de cursos de pós-graduação (concluídos)
 - ☐ não
 - ☐ Especialização qual(is)? _____
 - ☐ Mestrado. Área? _____
 - ☐ outros _____

Apêndice 4 – Questões norteadoras para a entrevista

1) Fale-me sobre as atividades que você realiza no cotidiano da gerência!

● No decorrer da resposta, **perceber/investigar** se o enfermeiro relaciona o que faz no seu cotidiano de trabalho com o que o SUS propõe em termos de:

- equidade
- universalidade
- integralidade

Investigar qual é o conceito de saúde e a visão de “homem” que permeiam tal prática.... que considere o outro em seus direitos, em sua singularidade e integralidade... em sua dignidade.... enfim um sujeito de direitos...que tem direito a serviços que garantam ações técnicas, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis.

Investigar que estratégias de trabalho sustentam tal prática... trabalho em equipe.... incluindo aqui, observações quanto à forma com que se relaciona com os demais trabalhadores... Como se dá a relação como outros serviços que estão em outros níveis da estrutura Institucional e com outras instituições, no sentido do encaminhamento/conhecimento da estrutura de saúde do município.

Investigar qual o objeto que orienta a prática assistencial no serviço (O usuário é tido como centro da produção do cuidado?)... Que busca a autonomia e a emancipação do usuário, bem como, elevação da capacidade do usuário de intervenção sobre sua própria vida.

2) Você encontra dificuldades para realizar o trabalho de gerência?

No decorrer da respostas, observar se o enfermeiro orienta-se pela formação (graduação, pós-graduação... Educação Permanente) que recebeu ou se vincula às exigências do mercado e como se sente em relação a isso. Pontuando:

- as dificuldades para realizar o trabalho de gerência.
- Proporia mudanças, para melhor realizar o trabalho do enfermeiro na gerência?

3) Como vê a formação do enfermeiro para a gerência?

Apêndice 5 – Planejamento da primeira reunião com o Grupo Focal

Primeiro passo: Início do trabalho

Tempo: 05 minutos

Atividade: Será feita uma breve introdução com o objetivo de situar o grupo em relação ao desenvolvimento das atividades explicando e apresentando os objetivos do grupo bem como os princípios que orientam os trabalhos:

- Apresentar os componentes do grupo comentando o papel de cada um;
- Assegurar que não existem opiniões corretas e que opiniões contrárias serão bem-vindas e que não há interesse em focalizar a opinião de alguma pessoa particularmente (independente de posição, tempo de formação, local de trabalho);
- Solicita aos participantes que fale um de cada vez, porém é permitido explorar a fala um do outro;
- O sucesso do grupo focal está relacionado com a **segurança do pesquisador** e com a **interação dos participantes**;
- Solicita-se a permissão para gravação;

Segundo passo: Início do trabalho

Tempo: 10 minutos

Atividade: Neste momento, o coordenador solicita os participantes a se apresentarem. Pode-se trabalhar uma dinâmica que estimule o bom relacionamento do grupo. No final todos devem estar interagindo e devem-se iniciar as discussões em torno do tema.

Terceiro passo: o desenvolvimento do debate em grupo

Tempo: 10 minutos

Atividade: Introduzir as discussões colocando as questões de forma a permitir que o debate evolua progressivamente. Considerando a experiência de cada enfermeiro com a prática gerencial será solicitado aos participantes que façam o exercício de voltar no tempo, desde a sua inserção no serviço (hospital ou Secretaria) expondo verbalmente: **Como tem transcorrido o seu trabalho durante esse tempo? Quais foram às mudanças percebidas? Por quê?**

Quarto passo: Momento de reflexão

Tempo: 80 minutos

Atividade: Pautada nas discussões e reflexões suscitadas pelas próprias experiência/conhecimento as participantes emitirão suas opiniões, podendo as mesmas conformar uma compreensão que expresse o pensamento do grupo a cerca do assunto ou apresentar divergências. Em ambos os casos espera-se que emitam proposições convergentes com o proposto na questão norteadora.

Quinto passo: Encerramento do grupo

Tempo: 05 minutos

Atividade: Neste momento deve ser feito uma exposição sintética da discussão realizada pelo grupo. O coordenador deve policiar-se para não emitir qualquer juízo de valor ao expor a síntese dos posicionamentos apresentados. O propósito aqui é identificar com o grupo os temas principais das discussões. Deve-se realizar também uma avaliação acerca dos sentimentos e sensações que permearam as discussões.

Oitavo passo: Confraternização

Tempo: 10 minutos

Nono passo: Ações posteriores ao trabalho com o grupo

Neste momento deve-se avaliar se a condução das discussões pelos coordenadores, a participação dos colaboradores, bem como, se o temário proposto foi adequado ao encaminhamento das discussões. Averiguar se as necessidades de informação foram satisfeitas, se o temário precisa ser revisto e se são necessários mais grupos.

Apêndice 6 – Planejamento da segunda reunião com o grupo focal

Primeiro passo: Início do trabalho

Tempo: 05 minutos

Atividade: O coordenador retoma os trabalhos realizando uma explicação sucinta dos motivos para os quais estão reunidos. Certifica-se da presença de todos encorajando-os à participação.

Segundo passo: Início do trabalho

Tempo: 10 minutos

Atividade: Neste momento, o coordenador solicita aos participantes que se apresente, como se fosse o seu colega do lado direito. O objetivo ao propor esta dinâmica é estimular o bom relacionamento do grupo. No final todos devem estar interagindo e devem-se iniciar as discussões em torno do tema.

Terceiro passo: o desenvolvimento do debate em grupo

Tempo: 10 minutos

Atividade: Introduzir as discussões colocando as questões de forma a permitir que o debate evolua progressivamente. Em seguida será solicitado aos participantes que façam o exercício de voltar no tempo, buscando lembranças/experiências que registrem a percepção de cada um sobre a sua prática gerencial relacionado-a a formação profissional no ensino de graduação, expondo-as verbalmente de acordo com a seguinte questão: **Como você relaciona a sua formação (graduação) com a sua prática gerencial ao longo deste tempo?**

Quarto passo: Momento de reflexão

Tempo: 80 minutos

Atividade: Pautada nas discussões e reflexões suscitadas pelas próprias experiência/conhecimento as participantes emitirão suas opiniões, podendo as mesmas conformar uma compreensão que expresse o pensamento do grupo a cerca do assunto ou apresentar divergências. Em ambos os casos espera-se que emitam proposições convergentes com o proposto na questão norteadora.

Quinto passo: Encerramento do grupo

Tempo: 05 minutos

Atividade: Neste momento deve ser feito uma exposição sintética da discussão realizada pelo grupo. O coordenador deve policiar-se para não emitir qualquer juízo de valor. O propósito aqui é identificar com o grupo os temas principais das discussões. Deve-se realizar também uma avaliação acerca dos sentimentos e sensações que permearam as discussões.

Oitavo passo: Confraternização

Tempo: 10 minutos

Nono passo: Ações posteriores ao trabalho com o grupo

Neste momento, reservado aos organizadores deve-se avaliar se a condução das discussões pelo coordenador, a participação dos colaboradores, bem como, se o temário proposto foi adequado ao encaminhamento das discussões. Averiguar se as necessidades de informação foram satisfeitas, se o temário precisa ser revisto e se são necessários mais grupos.

Apêndice 7 – Quadro de Registro das Entrevistas

Exemplo de registro de entrevista com enfermeiro (E-16)

Código	Registro	Categoria Temática	Subcategorias
E-16 (1)	“No início era o PACS, então eu já estou acostumada com esta comunidade. Depois foi iniciado o trabalho com o PSF [...] foi difícil porque a comunidade não entendia o que era o PSF e eles queriam muito que tivesse aqui uma unidade 24 horas”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	A equipe e sua relação com o usuário e a comunidade_
...	...	...	...
E-16 (4)	“[...] por mais que lhe seja cobrada a produtividade porque a gente tem um número que a gente tem que dar satisfação para a secretaria”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	A relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na atenção básica
...	...	...	...
E-16 (7)	“Eles passam por toda essa dificuldade e acham que para eles seria melhor um trabalho que fosse curativo e a gente sempre enfocando a parte preventiva e eles lutando para que se ofereça mais a parte curativa”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	A Equipe e sua relação com o usuário e a comunidade_
...	...	...	...
E-16 (9)	“Nosso trabalho é um trabalho assim, que impõem a gente com a comunidade, é um trabalho desgastante, tanto pra nós profissionais quanto para os agentes”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho
E-16 (10)	“E chega um ponto que eles se revoltam, muitas vezes você acaba ali na recepção ou na sala de espera escutando coisas assim, que você fica desestimulada sabe. Você explica e eles vêm de forma agressiva com você”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho
...	...	...	...
E-16 (15)	“O trabalho com o agente, ele é um indivíduo da comunidade [...] nem todos têm um nível de escolaridade bom, eles se deixam influenciar pelos líderes da comunidade, porque também envolve politicagem. Então os agentes não estão sabendo ainda diferenciar bem as coisas”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	O trabalho multidisciplinar
...	...	...	...
E-16 (17)	“Então, a gente tem que ir conversando, falando e mostrando batendo na mesma tecla. E reforçar sempre que o médico está aqui para fazer a prevenção”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	O trabalho multidisciplinar
E-16	“O médico, que está trabalhando com a	A organização das	O trabalho

(18)	gente é recém-formado, formou na universidade X (nova metodologia de ensino), ele tem uma cabeça boa. Porque os outros médicos que estiveram por aqui eram especialista formados há muito tempo e não incorporaram a proposta do PSF”.	práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	multidisciplinar
E-16 (19)	“Este agora é esforçado ele me respeita como profissional ele me dá liberdade, ele aceita que o enfermeiro atenda consulta, prescreva e solicitar exames enfim tudo que é de competência do enfermeiro”.	A organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	O trabalho multidisciplinar
...	...	...	...
E-16 (22)	“A relação com o agente comunitário é boa, porque além da reunirmos uma vez por mês, toda 5ª feira os agentes passam todos os dados novos a cerca do trabalho da semana e planejamos o trabalho semanal, fazemos um roteiro de visitas”.	Compreendendo a organização das práticas gerenciais do enfermeiro na rede básica de saúde	O trabalho multidisciplinar

Apêndice 8 – Caracterização dos sujeitos do estudo

Ano de nascimento	Sexo	Ano de formatura	Tempo na Instituição	Tempo na função	Escola de origem	Pós-graduação (Especialização)
1980	Feminino	2002	4 anos e meio	4 anos e meio	UEMS	Enfermagem em UTI (*)
1981	Feminino	2002	4 anos	4 anos	UFMS	Enfermagem em UTI (*)
1981	Feminino	2004	1 ano e 5 meses	1 ano e 5 meses	UFMS	Gestão e vigilância em saúde pública e saúde da família (*)
1974	Feminino	1998	8 anos	8 anos	UFMS	Enfermagem em UTI (*)
1978	Feminino	2004	3 anos	3 anos	UFMS	Urgência e Emergência
1978	Masculino	2000	7 anos	7 anos	UFMS	Urgência e Emergência + Traumatologia e Reabilitação
1980	Feminino	2002	5 anos	5 anos	UFMS	Enfermagem Obstétrica
1954	Feminino	1989	12 anos	21 anos	UNOESTE	Capacitação Pedagógica do PROFAE
1966	Feminino	2005	12 anos	2 anos- Enfermeira	UFMS	Enfermagem em UTI (*)
1970	Feminino	1994	12 anos	13 anos	UFMT	Gestão Hospitalar e de Serviços de Saúde + Capacitação Pedagógica do PROFAE
1958	Feminino	1995	9 anos	9 anos	FAI (**)	Gestão e vigilância em saúde pública e saúde da família (*)
1979	Feminino	2002	3 anos	3 anos	UFMS	Urgência e Emergência (*)
1972	Feminino	1997	7 anos	7 anos	UFMS	Enfermagem em Saúde Pública+ Capacitação Pedagógica do PROFAE + Gestão e vigilância em saúde pública e saúde da família (*)
1960	Feminino	1996	8 anos	8 anos	UFMS	Especialização em Saúde Pública + Gestão e vigilância em saúde pública e saúde da família (*)
1984	Feminino	2006	1 ano	1 ano	UFMS	-----
1979	Feminino	2001	4 anos	4 anos	UFMS	Gestão e vigilância em saúde pública e saúde

						da família (*)
1953	Feminino	1982	23 anos	23 anos	UFF	Gerencia de Unidades Básicas
1970	Feminino	1999	8 anos	8 anos	UFMS	Gestão e vigilância em saúde pública e saúde da família (*)
–	Feminino	1982	9 anos	19 anos	UFPE	Enfermagem Obstétrica
1957	Masculino	1984	22 anos	22 anos	UNIOESTE	-----

* Curso em andamento

** Faculdades Adamantinenses Integradas

Ano de nascimento:

Década de 1950: 5

Década de 1960: 2

Década de 1970: 8

Década de 1980: 5

Ano de formatura:

Década de 1980: 4

Década de 1990: 6

Década de 2000: 10

Sexo:

Feminino: 18

Masculino: 2

Especialização:

Não tem: 2

Em andamento: 11

Concluído: 7

Apêndice 9 – Categorias temáticas e subcategorias identificadas nas entrevistas

Categorias temáticas	Subcategorias
A organização das práticas gerenciais do enfermeiro no cenário empírico do hospital	A relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na instituição hospitalar
	Práticas educativas no trabalho
	Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho
	Modos de proceder do enfermeiro na gerência
	O enfermeiro coordenando a “equipe” de enfermagem
	O enfermeiro inserido na equipe multiprofissional
	A interface entre gerência e cuidado no hospital
A organização das práticas gerenciais do enfermeiro no cenário da rede básica de saúde	A relação entre as políticas de saúde e o trabalho cotidiano na rede básica
	A equipe de saúde e sua relação com o usuário e a comunidade
	O trabalho multidisciplinar
	Práticas educativas no trabalho
	Percepção do enfermeiro sobre as condições de trabalho
A formação para a gerência sob a percepção do enfermeiro do hospital	O enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo ensino–aprendizagem na graduação
	O enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação
A formação para a gerência na percepção do enfermeiro da rede básica de saúde	O enfermeiro analisando facilidades e dificuldades no processo ensino–aprendizagem na graduação
	O enfermeiro percebendo a mudança nas práticas de ensino da graduação

Anexo 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 234/2006

Ribeirão Preto, 21 de dezembro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 93ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de dezembro de 2006.

Protocolo: nº 0738/2006

Projeto: A PRÁTICA DA GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE: SUBSIDIANDO O ENSINO DE GRADUAÇÃO.

Pesquisadores: Adriana Kátia Correa
Vilma Ribeiro da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Adriana Kátia Correa
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo 2

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº. 0738-2006

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO-USP

PESQUISADORES: Adriana Kátia Correa (Orientadora)

Vilma Ribeiro da Silva (Doutoranda)

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

TÍTULO: A PRÁTICA DA GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE: SUBSIDIANDO O ENSINO DE GRADUAÇÃO

O protocolo em questão discorre sobre a inquietude do pesquisador na trajetória de docente e coordenador de curso de graduação em enfermagem, está fundamentado em vasta literatura sobre as diretrizes do ensino e as normas do Ministério da Educação. Enfatiza a formação do enfermeiro para o gerenciamento, assistência, e ensino.

OBJETIVOS:-

- analisar a dimensão gerencial da prática de enfermeiros que atuam em hospital e rede básica de saúde, a partir de suas próprias percepções acerca de seu trabalho cotidiano, e aí captarem expressões que possam sinalizar atitudes, conhecimentos e ações que indique formas de agir compatível com o movimento de reformulação das práticas de saúde e educação no contexto do SUS;
- Apontar diretrizes e estratégias para o processo ensino-aprendizagem do exercício profissional do enfermeiro, especificamente relacionado a prática da gestão, tendo em vista, o referencial teórico-prático.

METODOLOGIA:

A metodologia aplicada será a abordagem qualitativa proposta por Bogdan, que aborda essencialmente a descrição da percepção do significado do fenômeno.

População: Enfermeiros que atuam na rede de serviços em atividades gerenciais, na cidade de Campo Grande-MS. Após as autorizações dos responsáveis pelos serviços será feita uma explicação aos enfermeiros e convite, para inclusão na pesquisa, em torno de 50 sujeitos, ou até a saturação dos dados.

Coleta: será feita a gravação de entrevista pré-estruturada, com questões norteadoras em anexo. Será gravada conforme consta no TCLE.

CRONOGRAMA: presente e de acordo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: presente e em conformidade com a Resolução 196-96.

Autorizações dos serviços envolvidos modelo em anexo, porém ainda não assinadas, conforme os pesquisadores informam no protocolo serão encaminhadas as Instituições assim que houver aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

PARECER: Sugerimos a aprovação do presente protocolo

Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em
Pesquisa da EERP/USP na 23ª Reunião
Ordinária realizada em 20.12.06

Prof. Dra. Lucilla Castanheira Nascimento
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP

Anexo 3

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 888 da Pesquisadora Vilma Ribeiro da Silva intitulado "A prática da gestão em enfermagem nos serviços de saúde no Município de Campo Grande: subsidiando o ensino de Graduação", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 29 de março de 2007, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pimentel Martins
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 29 de março de 2007.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

Anexo 4

Campo Grande - MS, 29 de outubro de 2006

AUTORIZAÇÃO

Tendo em vista os vínculos Institucionais entre a Associação Beneficente de Campo Grande - SANTA CASA e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS e atuação de longa data da pesquisadora Profª. Vilma Ribeiro da Silva, Docente responsável pelo estágio da Disciplina Administração Aplicada à Enfermagem na Área Hospitalar, realizados no âmbito de nossa instituição, autorizamos a realização do estudo **"A prática da gestão nos serviços de saúde no Município de Campo Grande: subsidiando o ensino de graduação"**. Estudo este vinculado ao programa de doutoramento - Interunidades - da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, cujo projeto de pesquisa será submetido à aprovação dos Comitês de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto.

Dr. Carlos Idelmar de Campos Barbosa
Diretor Técnico
ABCG - Santa Casa