

ENFERMAGEM, POSSIBILIDADE DE CONCRETUDE SÓCIA E POLÍTICA: UMA VIVÊNCIA

[Nursery, possibility of a social and political construction: an experiment]

Cláudia Hausman Silveira*

RESUMO: Este trabalho se constitui numa reflexão sobre um período recente da história política do setor público de saúde. Através da vivência da autora são descritas estratégias de construção da política nacional de saúde no Brasil – o SUS. Nessa perspectiva é discutido o papel do profissional enfermeiro, a necessidade de outros profissionais da saúde integrarem-se ao debate e, fundamentalmente, a importância da função educativa do enfermeiro como estratégia de construção da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde; Conhecimento; SUS (BR); Socialização.

1 INTRODUÇÃO

No dia 11 de maio de 2001, fui convidada a realizar uma palestra de abertura do Encontro de Enfermagem ocorrido em Chapecó, na UNOESC, que, além de comemorar a Semana da Enfermagem, pretendia realizar discussões preparatórias ao 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem. O convite deixou-me muito feliz, não só pela possibilidade de rever amigos, mas, principalmente, pela oportunidade de sistematizar idéias que vagavam desordenadamente em minha mente.

Como sempre, sou incapaz de debruçar-me sobre um trabalho com a antecedência recomendável (afinal, apesar de enfermeira, sou brasileira), tampouco sou capaz de criar um roteiro e segui-lo fielmente. De maneira que, após algumas horas de pânico improdutivo, comecei a escrever. Exercício interessante, pois à medida que as primeiras idéias ganharam consistência, me fizeram perceber que a melhor forma de falar sobre este tema, aproximando-o da realidade, seria através da minha própria vivência (não por egocentrismo, mas por familiaridade).

2 OBJETIVO

Nessa perspectiva, a resposta a uma demanda pontual transforma-se em uma reflexão, que acredito, possa estimular outros colegas e profissionais da área a pensarem sobre o seu próprio compromisso com a construção social da realidade, de forma individual ou coletiva.

3 DESENVOLVIMENTO

Primeiramente, gostaria de dizer que, em 1982, me formei pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, após haver passado 4 anos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Então, iniciei minha vida profissional numa Unidade de Saúde da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do RS, localizada no município de Gravataí, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre.

Considero os três anos que ali fiquei, somados aos dois passados no Centro de Saúde Modelo na capital, a grande escola prática de Saúde Coletiva que frequentei. Esta trajetória empírica foi fundamental para que a Especialização em Saúde Pública tivesse o impacto organizador de idéias e a representação que teve em minha vida profissional.

O momento era efervescente e inspirador, em 1987, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde. Todas as discussões giravam em torno das teses do seu Relatório Final. A vontade popular fora ouvida!

Impressionante era a pertinência de tudo aquilo. Muitos problemas intuídos, agora se explicitavam e, dessa forma, permitiam vislumbrar um enfrentamento.

Nessa conjuntura, algo mais aparecia com clareza em meio aos meus pensamentos: no espaço do coletivo, a minha profissão me permitia uma perspectiva muito mais ampliada do setor saúde que a dos demais profissionais.

A visão ampliada que permeia os currículos de Enfermagem não garante postura crítica ou formadora de opinião – e talvez aí resida uma das razões pela qual nossa profissão ainda luta para ocupar o espaço que lhe é de direito – mas instrumentaliza para um universo maior de atividades, inclusive o de gerenciar equipes.

* Enfermeira Sanitarista, Especialista em Administração Hospitalar e Planejamento Estratégico em Sistemas de Saúde, Mestre em Sociologia das Organizações.

Isto tem sido de importância capital para a prática profissional do enfermeiro, principalmente, na área de Saúde Coletiva junto à assistência básica nos Sistemas Municipais de Saúde que constituem o Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS).

No Paraná, onde resido desde 1989, trabalhei na escola de Saúde Pública do Estado, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e, atualmente, trabalho na Universidade Federal. Estou lotada no único Departamento que conheço dentro do Setor de Ciências da Saúde que é multiprofissional: o Departamento de Saúde Comunitária. Sou responsável por disciplinas do Curso de Medicina, de Nutrição e, até pouco tempo atrás, de Veterinária.

É exatamente assim que entendo a ciência, se construindo através da relação de diversos saberes. Dessa forma vejo também a possibilidade de qualquer profissão adquirir concretude sócio política, aprendendo a aprender com os outros!

Dentro desta linha de pensamento, as equipes de saúde de atenção básica têm se constituído em férteis campos de exercício destas idéias; pois, lembrando Mario Testa, ideologia pode ser entendida como o conjunto de saberes empíricos e científicos de um ator social representados na sua prática.

Porém, falar em Saúde Pública e Políticas de Saúde não é tarefa fácil. É preciso compreender que SUS, Municipalização da Saúde, Distritos Sanitários e Programa de Saúde da Família (PSF) não “chovem sobre as nossas cabeças” pela inspiração de um técnico iluminado do Ministério da Saúde; são antes a consequência operacional de momentos histórica, social e politicamente determinados. Não são coisas independentes com vida própria. O SUS é a política de saúde do Brasil garantida pela Constituição Federal em vigor (goste ou não, a iniciativa privada), a municipalização é uma estratégia de descentralização, o distrito sanitário, uma forma de regionalização e, o PSF, uma estratégia de reversão do modelo a partir da atenção básica que propõe novas práticas sanitárias e processos de trabalho baseado em equipes interdisciplinares. Todos apontam caminhos para construir o SUS, mas o mais espantoso é que, às vezes, o Ministério da Saúde (MS) parece esquecer disso. E ainda lembrando Testa, estratégia é a forma de implementação de uma política e esta última, uma proposta acerca da distribuição de poder.

E o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS? Aí eu pergunto: o que tem o PACS a ver com isso? E mais: o que tem o enfermeiro a ver com isso?

Perdoem-me aqueles cuja vida profissional hoje está relacionada com o PACS; o que vou falar não tem uma conotação pessoal. Não posso, porém, me isentar de uma

reflexão sobre o tema às vésperas de um Congresso da minha categoria profissional.

Desde as primeiras vezes que ouvi falar no PACS, algo não me agradava, mas era intuitivo sem uma reflexão teórica sistematizada. Foi a realização do mestrado que oportunizou este ordenamento.

Desde 1995, vinha desenvolvendo um trabalho de capacitação em Planejamento Local dentro do enfoque estratégico com a Secretaria de Saúde do município de Joinville. Em 1998, a equipe coordenadora assumiu o desafio de capacitar todas as equipes de PSF através do Pólo Estadual. A Univali, coordenadora do Núcleo Regional, deu total apoio a idéia e 135 profissionais passam por um processo de oficinas que congregou todos os trabalhadores do PSF independentemente de escolaridade ou categoria profissional. Foi justamente este trabalho que forneceu o universo de análise para a minha dissertação de mestrado que tem o seguinte título: *O Programa de saúde da Família: um estudo de caso do município de Joinville – SC*.

Durante esta construção teórica, dediquei-me a estudar um pouco da história do PACS e suas consequências.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde sendo uma estratégia que integra a Agenda Básica do Programa da Comunidade Solidária, prioridade de sua presidente Dra. Ruth Cardoso. O PACS prioriza o atendimento a crianças e gestantes.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve morar na comunidade em que trabalha e atende os moradores nas suas casas naquilo que se relaciona à saúde:

orienta, dá sugestões, dá apoio, controla e acompanha a realização dos procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a comunidade. Muitas vezes, sua maior contribuição se resume à orientação acerca de questões de higiene, alimentação e hábitos de vida. (Programa Comunidade Solidária, 1997)

Segundo a mesma cartilha do Ministério, cada município tem o direito de optar pela implantação do PACS, selecionando e treinando os agentes que devem trabalhar na prevenção e promoção da saúde, valorizando a família e a comunidade. Porém, todo o processo de implantação deve contar com recursos, orientações e apoio também dos governos estadual e federal. Na realidade, os municípios têm sofrido uma pressão política e financeira muito grande no sentido da implantação do Programa.

Observe-se que o PACS é a institucionalização de experiências desenvolvidas isoladamente, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, que visavam reduzir a mortalidade materno-infantil através da extensão de cobertura da atenção

primária em saúde para áreas de pobreza, carentes de recursos materiais, humanos e tecnológicos.

As Secretarias Estaduais de Saúde, através de Coordenações Estaduais, são responsáveis por prestar informações, estimulando e orientando a implantação do PACS, que deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Assim, são requisitos exigidos dos municípios para a sua implantação:

- a) a existência de um Conselho Municipal de Saúde que participa das discussões a respeito da adesão ao Programa;
- b) uma Unidade básica de saúde de referência à qual os agentes são vinculados;
- c) um Fundo Municipal de Saúde ou conta específica;
- d) a disponibilização de um profissional enfermeiro, também lotado na Unidade básica, na proporção de um enfermeiro para, no máximo, trinta agentes;
- e) estar habilitado pela Norma Operacional Básica do SUS – NOB/SUS/01/96.¹

Segundo o mesmo documento, cada agente pode acompanhar, em um dado território, de 100 a 150 famílias na zona rural, e de 200 a 250 famílias na zona urbana. Ele trabalha recolhendo informações detalhadas da realidade de cada domicílio e cadastra as famílias visitadas, atualizando o cadastro à medida que a realidade se transforma. Estas informações devem fazer parte do Sistema de Informação do município.

O número de atendimentos proposto pelo PACS é, no mínimo, assustador. Se for considerado que cada família possui, em média, 4 membros e que os municípios têm trabalhado no limite máximo de famílias por agente, um ACS deve ser responsável pelo acompanhamento de 1.000 pessoas na área urbana. Isto significa que o enfermeiro que supervisiona este trabalho é responsável por 30.000 atendimentos, sendo que, a ele, estão adscritos 30 ACS.

Neste momento, é imprescindível questionar quais foram os critérios utilizados para definir tais números, e qual a possibilidade de viabilizar um trabalho desta magnitude. Também, torna-se fundamental que os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Enfermagem se posicionem de maneira mais firme em relação à proposta de instituição do PACS.

Esse agente não é um profissional de saúde, não nasce com o PSF e sequer é uma necessidade diagnosticada por todos os municípios, o que revela a ingerência do poder

central sobre o poder local, desrespeitando o princípio de descentralização definido no SUS.

O ACS deve trabalhar de forma integrada ao sistema de saúde local, do qual faz parte, atuando como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde do município. Como é possível cumprir tarefa tão complexa com tantas famílias para acompanhar?

Se fosse levado em conta que:

- a família e seu espaço social são eleitos como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- a necessidade das equipes do PSF atuarem em um território-processo, nos domicílios, e que o contato das equipes de saúde com a população cria vínculos, permitindo uma percepção sobre os problemas de saúde daquela população;
- os fatores de risco aos quais a população encontra-se exposta são percebidos pelas equipes e tratados de forma conjunta, considerando seus aspectos culturais e valorativos, exigindo a formação de parcerias e transdisciplinaridade na formulação de soluções para os problemas construídos socialmente;
- o diagnóstico realizado pela equipe de saúde deve fundamentar-se na apropriação do território pela mesma através de aproximações sucessivas;
- a explicação de problemas priorizados, ainda que de forma simplificada, permite o entendimento da determinação destes, nos diferentes níveis de explicação da realidade, percebendo, assim, quais suas possibilidades de resolução dentro ou fora dos espaços institucionais;
- a programação das ações resulta da análise de sua viabilidade política, econômica e organizativa, bem como da construção da viabilidade inexistente através de novas ações;
- ações avaliativas de processos e de resultados permitem, ao serem programadas, as correções necessárias no plano.

Então, a presença do ACS acabaria interferindo no processo de trabalho da equipe do PSF podendo comprometer a formação de vínculo da equipe com a comunidade, transformando-se num organizador de demandas que prende novamente os profissionais dentro das paredes do serviço, impedindo-os de compreender e introjetar conceitos que garantiriam um trabalho resolutivo e conseqüente.

No caso de Joinville, este profissional começou a agregar-se em 1998 ao PSF, criando a expectativa de que iria ao território e traria para o Posto os dados da realidade. Não se trata de que as equipes do PSF do município não

¹ Documento formulado pelo Ministério da Saúde que normatiza os mecanismos e instrumentos administrativo-gerenciais e de financiamento na relação com os municípios.

desejassem ir ao território. Porém, a demanda cada vez maior para equipes que, por vezes, diminuía de tamanho, fazia com que o afastamento da comunidade fosse recebido com alívio pelos profissionais do Programa.

Não seria possível deixar de observar o caráter contraditório da incorporação do Agente Comunitário de Saúde ao PSF, nesse município. A questão que surge diz respeito ao afastamento dos profissionais de Saúde da Família da população de um dado território, fato da maior gravidade, dado que sua sustentação está na população atendida. Isto, por sua vez, remete à reflexão sobre a intencionalidade desta ação, que pode ser entendida como uma estratégia de esvaziamento do PSF, aqui entendido como um bloco capaz de construir, através da sua prática, uma contra-hegemonia e tornar-se, portanto, condutor de uma política de saúde.

Outro aspecto importante é a questão financeira. Joinville já contava com um profissional que se chamava Agente de Saúde Pública, com 2º Grau completo e salário de R\$ 500,00, que também criou vínculo com a comunidade e que pertencia à equipe do PSF. O Agente Comunitário de Saúde precisa apenas saber ler e escrever, ter no mínimo 18 anos, residir na comunidade pelo menos há dois anos e ter disponibilidade em tempo integral (40h/sem.), recebendo salário mínimo.

O Ministério da Saúde repassava ao município R\$ 180,00 por mês por ACS, valor que cobria até o aumento do salário mínimo, além do salário, os custos sociais embutidos no contrato.² Quanto às formas de contratação, existem várias:

- convênio com organizações não-governamentais (ONGs), instituições sem fins lucrativos, ou cooperativas (a mais recomendada pelo PACS);
- contrato através de licitação com empresa ou entidade interposta para desenvolver as atividades;
- contratação temporária para atender necessidade de excepcional interesse público;
- criação de cargos efetivos mediante concurso público;
- criação de cargos em comissão.

As duas últimas formas de contratação são desaconselhadas pelo PACS/MS por aumentarem a folha de pagamento.

É necessário analisar algumas contradições que se originam das orientações acima mencionadas e veiculadas em documentos do Ministério da Saúde.

Em primeiro lugar, o município de Joinville se desfaz de um profissional com nível de escolaridade mais alto e mais bem pago para passar a trabalhar com recursos mais limitados, sendo a questão da moradia no território colocada à frente dos conhecimentos em saúde.³

Quanto à forma de contratação recomendada, parece mais uma forma de burlar os processos de contratação oficiais. Por que não contratar por concurso, exigindo conhecimentos específicos de saúde coletiva? Se o Ministério cortar o repasse, acaba o PACS no município?

Por outro lado, é preciso entender o porquê da necessidade de institucionalizar a população. Uma vez que o SUS propõe a participação popular⁴ como um princípio organizativo, é preciso aprender a ouvi-la incorporando suas demandas; porém não podemos esquecer jamais que a execução das ações cabe a quem tem formação e responsabilidade técnica para implementá-las. Ou o serviço, ao não conseguir criar este canal de compromisso e corresponsabilidade com a população, precisa transformá-la em “funcionário” para poder relacionar-se com ela?

Há também o fato do profissional enfermeiro ser responsabilizado pelo treinamento e supervisão do ACS. Ora, se do agente não se exige formação profissional em enfermagem, como pode o enfermeiro ser responsável pelo seu trabalho? E ainda mais: se em um Posto de Saúde, trabalhando com auxiliares de enfermagem formados por cursos regulamentados pelo MEC, ocorrem problemas, o que não poderia ocorrer com 30 ACS atuando em um território distante dos profissionais de saúde habilitados? Estas questões os Conselhos de Enfermagem ainda não conseguiram equacionar. Porém, os enfermeiros já estão expostos aos riscos inerentes desta situação.

Há ainda o fato, que não pode ser ignorado, de que as características regionais devem servir como critério definidor das estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde. É possível que nas regiões do País onde não existem profissionais de enfermagem, ou até mesmo os demais membros da equipe de saúde em número suficiente, se possa justificar o emprego de recursos menos qualificados. Pequenas intervenções, para quem não tem acesso a nada, podem ter um impacto positivo. Isto, porém, não se aplica à totalidade das regiões do Brasil. Na Região Sul, exceção feita a um pequeno número de municípios, há disponibilidade de recursos humanos e materiais, de médicos, enfermeiros e auxiliares em número suficiente para cobrir as necessidades

² Todos os valores citados no artigo são referentes ao ano de 1998.

³ É preciso considerar também que, a maioria dos Agentes de Saúde Pública residem no território das Unidades de Saúde onde trabalhavam.

⁴ Aqui entendida como a participação da população na definição dos problemas de saúde e na construção coletiva de seus enfrentamentos dentro de um processo de planejamento local em saúde.

dos serviços, sendo seu maior atrativo os salários compatíveis com os do mercado. Por outro lado, nesta região, os serviços estão organizados há mais tempo, o que cria um mercado de trabalho para o qual a educação formal tem preparado profissionais.

O que se coloca não é uma posição, *a priori*, contrária ao ACS, mas sim uma reflexão sobre a sua necessidade e oportunidade e, fundamentalmente, sobre a forma como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde se estrutura.

Historicamente, a centralização e a verticalidade das ações definidas pelo Ministério têm trazido prejuízo técnico e financeiro para a saúde pública. Desta vez, é o Comunidade Solidária, que, já tendo desrespeitado características regionais em outras áreas (como na educação), pressiona também o Ministério da Saúde em direção a soluções mais baratas e de qualidade inferior.

Não se pode esquecer que o propósito de transformação é político e que a forma de alcançá-lo é o que se denomina estratégia. O conjunto de estratégias deve desencadear um processo, nem sempre restrito ao setor de saúde e, por isso, necessita de coerência interna e externa para alcançar a transformação desejada. Se os gestores não tiverem clareza do propósito a ser alcançado, correm o risco de implementar estratégias divergentes nos seus resultados. É o caso da relação que, na Região Sul do País, pode ser observada entre o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Novamente, corre-se o risco de fazer medicina pobre para pobres. Em diversos municípios de Santa Catarina, e possivelmente de outros estados, está se difundindo o juízo enganoso de que “se *não dá* para fazer PSF, então se faz PACS”. O problema que se coloca diz respeito ao sentido da expressão “*não dá*”. O PSF, de forma contrária ao PACS, exige um investimento maior das Secretarias Municipais, uma vez que recebe do Ministério um incentivo de R\$ 2.800,00 por mês, por equipe implantada, valor que sequer cobre os salários da equipe.

É claro que os resultados quantitativo e qualitativo dos dois programas separadamente são completamente diferentes. O importante é compreender os alcances e as limitações de cada um a partir de critérios teórico-conceituais e epidemiológicos. Se existe a real possibilidade de funcionarem de forma complementar, aumentando a resolutividade das ações, é algo que somente a prática vai nos informar. No entanto, o cenário atual tende a despertar apreensão quanto ao futuro do Programa de Saúde da

Família, que parece estar sendo inviabilizado através de estratégias que, dentro da lógica neoliberal, submetem as políticas sociais a uma racionalidade econômica e excludente cujo objetivo é perpetuar no poder as práticas hegemônicas de atenção à saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria que as observações acima não fossem compreendidas como mais um olhar destrutivo sobre as tentativas de implementação do SUS como política. Ao contrário, nascem da preocupação e responsabilidade social que sinto ao fazer parte da sua construção. Da mesma maneira, sempre serei grata pela forma despojada e afetuosa como fui recebida pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville – SC., que apoiaram a realização da minha dissertação de mestrado incondicionalmente, orientados unicamente pelo desejo de melhorar e pelo seu compromisso profissional e social.

Na minha concepção, buscar fundamentos para discutir de forma responsável e construtiva a realidade é concretizar o nosso papel sócio político. É ser indutor da concientização dos direitos que os indivíduos têm assegurados constitucionalmente e da possibilidade de vê-los ampliados através das lutas coletivas. É ser, antes de qualquer especificidade profissional, um educador, um democratizador do conhecimento. Este papel ninguém aprende a desempenhar melhor do que os profissionais enfermeiros que participam da construção do SUS.

ABSTRACT: This work makes reflections about a short and recent period of the political history of public health. Through a personal experiment it describes strategies that are using to build the unique health system in Brazil. In this perspective, it discusses the professional role of nurse and the opportunity for other professionals in health to be a part of this political question, and basically the educative action of nursery like a way to construct citizenship.

KEY WORDS: Health policy; Knowledge; SUS (BR); Socialization.

REFERÊNCIAS

- 1 PROGRAMA COMUNIDADE SOLIDÁRIA. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. (Prefeito solidário; 2)
- 2 SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

- 3 SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.
- 4 SILVEIRA, C. H. **O Programa de Saúde da Família: um estudo de caso no município de Joinville.** Curitiba, 2000. Dissertação (Mestrado) - Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.
- 5 _____. _____. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. esp., dez. 2000.
- 6 SILVEIRA, C. H. **Sobre as bases conceituais históricas do planejamento.** Curitiba, 1991. Texto produzido no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.
- 7 SILVEIRA, C. H.; BATAGLIN, P. H. ; CAMBUI, M. S. **O planejamento estratégico e a construção do SUS.** Curitiba, 1998. Texto produzido para o Curso de Especialização em Saúde Coletiva; área de concentração: Saúde da família, na Universidade Federal do Paraná.
- 8 TARRIDE, M. I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- 9 TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.
- 10 TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 11 VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva?:** questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

Endereço da autora:
Rua Padre Camargo, 280
7º andar - Alto da Glória
80060-240 - Curitiba-PR