

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**JEANICE DE FREITAS FERNANDES**

**ENFERMEIRAS CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO  
DAS AÇÕES EM SAÚDE**

**Rio Grande, dezembro de 2003.**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ENFERMEIRAS CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA A  
IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE**

**JEANICE DE FREITAS FERNANDES**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.**

**Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi**

**Rio Grande, dezembro de 2003.**

**Rio Grande, 04 de dezembro de 2003.**

**ENFERMEIRAS CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA A  
IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE**

**JEANICE DE FREITAS FERNANDES**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 04 de dezembro de 2003, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

---

Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Regina Cezar Vaz  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Dr<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi  
Fundação Universidade Federal do Rio Grande  
Presidente

---

Dr<sup>a</sup>. Marta Regina Cezar Vaz  
Fundação Universidade Federal do Rio Grande  
Membro

---

Dr<sup>a</sup> Ceres Braga Arejano  
Fundação Universidade Federal do Rio Grande  
Membro

---

Dr<sup>a</sup> Maria Itayra Coelho Souza Padilha  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Suplente

**Dedico este trabalho:**

À minha querida irmã, Arlete Fernandes, a qual me educou e sempre me incentivou a enfrentar desafios.

Ao meu namorado, Edson Zilli que, apesar de longe, sempre esteve muito próximo me ajudando, incentivando e confortando com suas palavras e gestos de carinho nos momentos de angústias e desânimo.

**AGRADECIMENTOS**

À Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, pelo empenho para que o sonho do mestrado se concretizasse em nossa Universidade.

À Professora Dr<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi, orientadora e amiga, a qual agradeço carinhosamente pela sua disponibilidade, paciência e dedicação. Valéria profissional admirável que com sensibilidade me incentivou a vencer as minhas dificuldades durante esta caminhada.

Aos professores doutores, que aceitaram participar desta banca, contribuindo com suas sugestões para o fortalecimento deste trabalho.

Ao Professor Dr<sup>o</sup> Tabajara Lucas de Almeida que, com disponibilidade, contribuiu significativamente com seus conhecimentos.

Ao Prefeito Municipal, Juarez Lodi e à Secretária de Saúde de Camargo, Silvana Zilli, pelas palavras e atitudes de incentivo.

À minha mãe, que, apesar de não conseguir se expressar verbalmente, tenho certeza, pela força do seu olhar, sempre torceu por mim.

Ao meu pai, que, em vida, falava que tinha o sonho de que a filha estudasse. Pai, sinto a sua presença iluminando e protegendo os meus caminhos.

Ao meu namorado, Edson Zilli, pelo amor e tranquilidade que sempre me transmitiu durante todos os dias desta caminhada.

Aos tios, Amir e Marlin, pelo carinho, incentivo e acolhimento. Muito obrigada!

Aos amigos, Luiz, Salete, Jacinta, Fabiana, Sidrana, Marlene, Hildo, Luci, Juliano, Teresinha, Glenda, Glauce, Luana, Zaldino, Maria, Karina e Beth que me incentivaram e torceram por mim. Valeu !!!

Às colegas de Mestrado, com quem tive a oportunidade de trocar experiências e crescer, tanto como pessoa, quanto profissionalmente.

Às enfermeiras entrevistadas, sem as quais não teria sido possível realizar este trabalho.

Às funcionárias da 6ª CRS, em especial, a Julmara, Eliane e Nina, pela disponibilidade em atender as minhas solicitações.

Às funcionárias da Biblioteca, Laura, Zalir e Conceição, pela disponibilidade e carinho.

A todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização deste trabalho.

À FAPERGS, pelo apoio financeiro, o qual favoreceu a realização deste trabalho.

A DEUS, por iluminar os meus caminhos, permitindo que chegasse até aqui.

## RESUMO

Enfermeiras confrontam-se, no cotidiano, com situações das quais podem discordar, o que pode estar relacionado a seus valores, crenças, saberes, assumindo posturas de aceitação e/ou de resistência. Especificamente na área de saúde coletiva, enfermeiras podem estabelecer relações de poder com o gestor municipal de saúde, com a comunidade ou, ainda, com a própria equipe de enfermagem e com os demais profissionais de saúde. A partir da concepção foucaultiana de poder, procurou-se conhecer as estratégias construídas por enfermeiras no enfrentamento de dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde. Nesta pesquisa, de caráter qualitativo, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, com oito enfermeiras que atuam no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Programa de Saúde da Família (PSF), em municípios de abrangência da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul. As entrevistas enfocaram as dificuldades vivenciadas pela enfermeira com o gestor municipal de saúde, a equipe de saúde e a comunidade para a implementação das ações em saúde; e as estratégias construídas para enfrentar tais dificuldades. A partir da análise dos dados, quatro categorias foram construídas: - **Reunião de equipe como estratégia de organização do trabalho:** pela possibilidade da enfermeira expressar-se, resistir, lutar, afrontar e reagir diante de dificuldades vivenciadas ao implementar as ações em saúde, sendo uma prática essencial para este processo. Pela sua relevância, a enfermeira luta e resiste para garanti-la como uma prática efetiva no seu ambiente de trabalho; - **Prática dialógica como estratégia de cuidado de si e dos outros:** favorece que as enfermeiras conquistem estrutura física adequada, recursos materiais e humanos necessários para implementar as atividades, bem como reajustes salariais, de modo a reconhecerem maior valorização pelo trabalho realizado; - **A legislação como instrumento de construção de espaços de resistência:** utilizado, pelas enfermeiras, como recurso de argumentação e de construção de espaços de resistência, o que favorece a luta por melhorias na sua prática profissional, refletindo, conseqüentemente, na implementação das ações em saúde e; - **A**



**comunidade exercendo poder na implementação das ações em saúde:** mediante a busca de comprometimento da própria comunidade com o seu processo de saúde e a implementação das ações em saúde, como expressão de sua cidadania.

**Palavras-Chave:** Relações de Poder - Ética na Enfermagem - Resistência na Enfermagem – Ações em Saúde.

## ABSTRACT

Nurses daily face situations where they can disagree and be related to their values, beliefs and knowledge, assuming attitudes of approval and/or resistance. Specially on collective health area, nurses can establish power relations among the city headmaster of health, the community, the nursing group itself and other health professionals. Based on the Foucaultian conception of power, the strategies built for nurses facing difficulties on the health actions implementations were found out. In this qualitative research, data were collected through semi-structured interviews with eight nurses working in the Health Community Agents Program (PACS) or Family Health Program (PSF), in cities within the 6<sup>th</sup> Health Regional Coordination (CRS) of Rio Grande do Sul. The interviews focused the (a) difficulties faced by nurses with the City headmaster of health, the health group and the community to the implementation of health actions; and (b) the strategies built to face such difficulties. We identified four different categories: (1) **group meeting as one work organization strategy:** when nurses can express, resist, fight, affront and react in front of difficulties faced to implement the health actions, being an essential practice for this process; (2) **dialogical practice as one strategy of care for himself/herself and for the others:** support the nurses to achieve a suitable physical structure, human and material necessary resources to implement their activities, salary readjustments as well, in order to recognize valorization for their work done; (3) **legislation as one instrument to resistance space construction:** used by nurses

as a resource to argue and construct spaces of resistance, that supports their fight for improvements on his/her professional practice, reflecting consequently the implementation of health actions; and (4) **the community exercising power on the health actions implementation**: by searching the commitments of the community with its process of health and the implementation of health actions as expression of its citizenship.

**Key-words:** power relations – ethics in nursing – resistance in nursing – actions in health.

## RESUMEN

Enfermeras confrontanse, diariamente, con situaciones que ellas pueden discrepar, lo que puede relacionarse a sus valores, las creencias, el conocimiento, asegurando actitudes de aprobación y/o resistencia. Especialmente en el área de salud colectiva, enfermeras pueden establecer relaciones de poder con el director municipal de salud, con la comunidad o con el grupo de enfermeros y otros profesionales de salud. Basado en la concepción del foucaultiana de poder, se investigaron las estrategias construidas por enfermeras que enfrentan las dificultades en las aplicaciones de acciones de salud. En esta investigación, de rasgo cualitativo, la colección de los datos se hizo a través de entrevistas parcialmente estructuradas, con ocho enfermeras que trabajan en el Programa de Agentes de la Comunidad para la Salud (PACS) o el Programa de Salud Familiar (PSF), en ciudades que pertenecen a la 6<sup>a</sup>. Coordinación Regional de Salud (CRS) de Río Grande Sur. Las entrevistas enfocaron (a) las dificultades enfrentadas por las enfermeras con el

director municipal de salud, el grupo de salud y la comunidad para la implementación de acciones de salud; y (b) las estrategias construidas para desafiar tales dificultades. Con el análisis de los datos, se construyeron cuatro clases: (1) **reunión de grupo como estrategia de organización de trabajo**: con la posibilidad de la enfermera de expresar, resistir, luchar, afrontar y reaccionar delante de las dificultades enfrentadas a implementar las acciones en salud, mientras siendo una práctica esencial a este proceso; (2) **práctica Dialogical como estrategia de cuidado para si mismo y para los otros**: apoye a las enfermeras para lograr una estructura física conveniente, recursos humanos y materiales necesarios a implementar las actividades, aún los reajustes del sueldo para reconocer una mayor valorización para el trabajo; (3) **la legislación como el instrumento a construcción de espacios de resistencia**: usado por enfermeras, como un recurso para defender y construir espacios de resistencia que apoya la lucha por las mejoras en la práctica profesional, por consiguiente, en la implementación de acciones en salud y; (4) **la comunidad ejerciendo poder en la implementación de las acciones en salud**: investigando los compromisos de la comunidad con su proceso de salud y la implementación de acciones en salud, como la expresión de su ciudadanía.

**Palabras claves:** Relaciones de Poder - Ética en la ciencia de Enfermedad - Resistencia en la ciencia de Enfermedad - Acciones en salud.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Teia de Relações de Poder

p. 23

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de Seleção dos Sujeitos da Pesquisa	p. 48
Quadro 2 – Análise dos Indicadores em Saúde	p. 107
Quadro 3 – Caracterização dos Sujeitos	p. 114

### **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Análise do SIAB	p. 110
----------------------------	--------

### **LISTA DE ABREVIações**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Art.	Artigo
CADIN	Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados do Setor Público Federal ou Estadual
CBEn	Congresso Brasileiro de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Exame citopatológico
CPM	Círculo de Pais e Mestres
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde

DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPT	Vacina contra a difteria, tétano e coqueluche
FG	Função Gratificada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UPF	Universidade de Passo Fundo

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	VII
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	21
2.1 A resistência como estratégia de exercício de poder	22
2.2 A construção da enfermeira como sujeito ético em sua prática	26
2.3 Um olhar sobre a enfermagem e suas práticas no Brasil	37
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	43
<b>4 ENFERMEIRAS CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE</b>	53
4.1 Reunião de equipe como estratégia de organização do trabalho	54
4.1.1 Estratégias construídas para garantir a realização de reuniões de equipe	59
4.2 Prática dialógica como estratégia de cuidado de si e dos outros	63
4.3 A legislação como instrumento de construção de espaços de resistência	76

4.4 A comunidade exercendo poder na implementação das ações em saúde	83
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	90
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	96
<b>ANEXOS</b>	

## I- INTRODUÇÃO

A enfermagem, no final da década de oitenta, voltou a atuar mais fortemente em saúde coletiva<sup>1</sup>, conquistando espaços importantes nessa área. Um dos fatores que influenciou para esta mudança de ênfase foi o próprio processo de municipalização da saúde (BRASIL, 1990a), quando os municípios passaram a gerir as políticas de atenção à saúde dos seus munícipes.

Na medida que ocorrem avanços nesse processo de descentralização das ações em saúde do Estado para os Municípios, estes passaram a ter a responsabilidade de atender diversos programas de saúde<sup>2</sup>. Além disso, o município

---

<sup>1</sup> Quando me refiro à enfermeira de saúde coletiva, estou me reportando à profissional que trabalha na rede básica de saúde.

<sup>2</sup> Programas de saúde são ações preventivas e curativas voltadas ao atendimento das necessidades em saúde de um determinado grupo social, tais como: Saúde da Criança e do Adolescente (Programa de Controle da Desnutrição na Criança e Programa de Controle das Infecções Respiratórias Agudas); Saúde da Mulher (Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero, Programa de Controle do Câncer de Mama e Programa de Assistência Pré-Natal); Programa de Imunizações; Controle de Agravos Crônico-Degenerativos (Programa de Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Programa de Controle do Diabetes Mellitus); Saúde do Idoso; Programa de Controle da AIDS; Pneumologia Sanitária (Programa de Controle da Tuberculose); Saúde Mental e Neurológica (Programa de Controle das Psicoses, Programa de Controle do Alcoolismo e de outras dependências químicas e



pode optar em aderir, com a aprovação do seu Conselho Municipal de Saúde, ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e/ou ao Programa de Saúde da Família (PSF), conforme a Portaria Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.

Para desenvolver tais programas e demais atividades<sup>3</sup> previstas pela Atenção Básica à Saúde, o secretário municipal de saúde passou a necessitar de uma equipe mínima de profissionais com curso superior, preferencialmente, constituída de enfermeira<sup>4</sup>, médico clínico geral, médico pediatra, médico gineco-obstetra e odontologista. Além de desenvolver algumas dessas atividades, a enfermeira deveria supervisionar e orientar as ações desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem e pelo técnico de enfermagem (Art.15 da Lei Nº 7.498/86), sendo esta função fiscalizada pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREn).

De acordo com Moretto (2001, p. 15), a municipalização da saúde e a adesão dos municípios aos programas PACS e PSF ocasionaram um aumento muito expressivo na procura por enfermeiras para atuar nessa área. Diante disso, verifico que a atuação desta profissional na área de saúde coletiva é uma prática que vem se consolidando a cada dia, devido às oportunidades crescentes e aos espaços que vem conquistando.

Concordo com Matumoto *et al.* (2001, p. 236), ao referirem que a enfermagem é entendida, no cotidiano dos serviços de saúde, como uma prática de relações. Relações estas que se estabelecem entre as próprias profissionais de enfermagem, destas com os pacientes, com os demais integrantes da equipe de saúde, assim como com as instituições empregadoras e a sociedade em geral. Acredito que, nestas relações, a enfermeira se confronta, quase que diariamente, com situações das quais pode discordar, o que pode estar relacionado a valores, crenças, saberes, podendo assumir posturas de aceitação e/ou de resistência.

Por ter atuado como enfermeira na rede básica de saúde, sinto-me à vontade para explicitar algumas experiências, nas quais percebia que esta profissional

---

<sup>3</sup> Tais atividades constituem-se de consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica); atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior; visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família; vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atendimentos básicos por profissional de nível médio; atividades dos agentes comunitários de saúde; orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária; assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família; pronto atendimento (BRASIL, 1997a).

<sup>4</sup> Neste trabalho, refiro-me à enfermeira e não ao enfermeiro, devido a sua predominância no exercício da profissão. Especificamente, em relação 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, onde realizei a coleta de dados, 95,2% das profissionais que atuam nos programas PACS e PSF são do sexo feminino (Relatório de Profissionais Enfermeiros do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, 04/10/2002).

manifestava resistência diante de situações frente às quais não concordava. Estas relações podiam se estabelecer tanto com o gestor municipal de saúde, quanto com a comunidade<sup>5</sup>, com a própria equipe de enfermagem e com os demais profissionais de saúde, principalmente com o médico, algumas das quais pretendo explicitar a seguir.

No cotidiano dos serviços públicos de saúde, muitas são as dificuldades organizacionais e estruturais enfrentadas pelas enfermeiras, que podem se caracterizar, por exemplo, pela falta de condições físicas adequadas e de recursos humanos suficientes para que uma assistência de qualidade e com compromisso ético seja prestada à comunidade. Diante dessas dificuldades, observei que algumas enfermeiras, então, assumiam uma postura de resistência, solicitando, reiteradas vezes, ao gestor municipal de saúde, investimentos financeiros para implementar ações em saúde, melhorias na estrutura física do serviço e complementação do quadro de funcionários. Constatava, também, que neste embate cotidiano de enfrentamento, o exercício de poder das enfermeiras, as estratégias construídas, os movimentos de resistência implementados podiam permanecer na invisibilidade, sendo aparentes e evidentes apenas os resultados destas lutas, positivos ou não.

As perguntas que já me fazia então, era sobre como se dava este processo de enfrentamento destas enfermeiras? Como tais ações de resistência foram concretizadas? Quais as estratégias mais adequadas e pertinentes para assegurar uma assistência qualificada à comunidade?

Já, no que se refere à comunidade, dentre as dificuldades enfrentadas pela enfermeira, uma das mais comuns, talvez, seja a falta de (re)conhecimento do seu trabalho que é, muitas vezes, confundido com a prática médica. Aliado a isso, acredito que a comunidade, ainda, não possui suficiente consciência política da importância de sua participação<sup>6</sup> como fiscalizadora dos serviços e ações de

---

<sup>5</sup> Quando cito comunidade, estou me referindo ao usuário dos serviços básicos de saúde, bem como à população em geral que está envolvida, direta ou indiretamente, em ações de saúde coletiva.

<sup>6</sup> Algumas das estratégias, garantidas em lei, que possibilitam que a comunidade obtenha esclarecimentos, participe, fiscalize, sugira e reivindique por melhorias nos serviços de saúde podem se dar através do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde (BRASIL, 1990b), na reunião de apresentação do Relatório de Gestão Municipal da Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2000), e em audiências públicas que alguns gestores de saúde realizam periodicamente.

saúde, garantindo e lutando pela consolidação dos princípios<sup>7</sup> do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, freqüentemente, apresenta-se “desinstrumentalizada” para reivindicar por melhorias no setor da saúde, possivelmente pela falta de conhecimento de seus direitos e/ou pela dificuldade de exercê-los. A questão que venho me fazendo relaciona-se aos modos, provavelmente, adotados pelas diferentes profissionais para contribuir no processo de instrumentalização da comunidade ao exercício de sua condição de cidadã.

Com relação à equipe de saúde, a enfermeira pode vivenciar, em sua prática de saúde coletiva, conflitos éticos, sendo que estes se caracterizam por um choque de valores morais entre cuidadores e/ou cuidadores e clientes, a respeito do que é uma ação moralmente certa (FRY; REDMAN, 2000). Tais conflitos poderiam se dar, por exemplo, com o médico, devido a terapêuticas por ele prescrita, das quais a enfermeira pode não concordar, ou frente a condutas adotadas por este profissional, as quais a enfermeira acredita não serem éticas, como o desrespeito aos direitos dos clientes como cidadãos. A partir dessas percepções, passei a me indagar sobre como as enfermeiras atuavam para assegurar a ética no exercício das ações em saúde? Que estratégias adotavam para assegurar o respeito aos direitos da comunidade?

Especificamente, na minha atuação profissional, vivenciei inúmeras situações em que me deparava com limitações para implementar ações em saúde, seja pela falta de recursos financeiros<sup>8</sup>, recursos humanos<sup>9</sup>, estrutura física do serviço de saúde inadequada e, às vezes, pela falta de comprometimento de alguns

---

<sup>7</sup> De acordo com a Lei Nº 8.080/90, os princípios mais relevantes que norteiam o Sistema Único de Saúde são os seguintes: a) Participação popular- a comunidade participa através do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde na gestão do SUS; b) Universalidade- preconiza o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; c) Integralidade de assistência- entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; d) Equidade- assistência à saúde de forma igualitária, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e) Descentralização- ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

<sup>8</sup> Para que haja investimentos na área da saúde coletiva, é necessário, além de existirem os recursos financeiros disponíveis nos cofres públicos, que os gestores de saúde façam um planejamento de curto, médio e longo prazo, ou seja: de curto prazo para o desenvolvimento das ações e investimentos já previstos no ano anterior para o exercício vigente; de médio prazo para as ações e os investimentos que serão prioritários no ano seguinte e farão parte da Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei de Orçamento; e a longo prazo para as ações e investimentos prioritários para o quadriênio de vigência do próximo Plano Plurianual (BRASIL, 2000).

<sup>9</sup> Para suprir a demanda de profissionais, o poder público, além de dispor de recursos financeiros para efetuar as contratações necessárias, deve observar a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000) que prevê limites de despesas com pessoal.

profissionais com os princípios do SUS. Refletindo sobre estas situações, percebo que as manifestações de resistência estão presentes no dia-a-dia da prática da enfermeira de saúde coletiva e, quando me refiro a relações de resistência, estou considerando relações de poder, de força, de possibilidade de divergência, de discordância, de negociação e de argumentação. As relações de poder representam “luta, afrontamento, relações de força, situação estratégica. Não é um lugar que se ocupa, nem um objeto, que se possui. Poder se exerce, se disputa”<sup>10</sup> (MACHADO, 2002, p. XV).

Foucault sugere que se investigue as formas de resistência para “compreender as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos utilizados” (FOUCAULT, 1995, p. 234), pois “o poder necessita de resistência como uma de suas condições fundamentais de operação. É através da articulação de pontos de resistência que o poder se espalha pelo campo social. Porém, é também através da resistência que o poder é rompido”<sup>11</sup> (FOUCAULT, 1995, p. 234).

Assim, se a enfermeira de saúde coletiva exerce práticas de resistência, está exercendo poder nos múltiplos espaços que ocupa e nas diferentes relações das quais participa na área da saúde. Cabe destacar, ainda, que, tendo em vista a implementação de ações de saúde, o compromisso com a comunidade e a melhoria das suas condições de vida e saúde, “não é suficiente apenas o exercício de resistência ao exercício de poder, mas é necessário que esta resistência tenha uma fundamentação moral para o seu exercício” (LUNARDI, 2002, p. 3). Acredito, no entanto, que as estratégias por ela construída, para este exercício de poder/resistência não tenham sido, ainda, suficientemente explicitadas, investigadas e sistematizadas.

Diante disso, faço os seguintes questionamentos: quais dificuldades, além dessas já referidas, são vivenciadas pela enfermeira de saúde coletiva na implementação das ações em saúde? Como a enfermeira de saúde coletiva, a partir das suas dificuldades e limitações, constrói possibilidades? Em outras palavras, **quais as estratégias construídas pelas enfermeiras de saúde coletiva no**

---

<sup>10</sup> Quando as relações de poder são fixas, “dissimétricas” e com espaços limitados de liberdade para resistir, teríamos relações de dominação e não mais de poder (FOUCAULT, 1987, p. 127).

<sup>11</sup> Cabe referir que, em função de utilizar diferentes autores, optei em destacar do texto as citações com mais de cinco linhas.

## **enfrentamento das dificuldades vivenciadas para a implementação das ações em saúde?<sup>12</sup>**

Cabe, também, destacar que, no período em que atuei em saúde coletiva, percebia que muitas são as atividades desenvolvidas pela enfermeira no seu horário de trabalho, envolvendo tanto ações assistenciais, como educativas e de gerenciamento. Além disso, esta profissional dedica-se, na maioria dos casos, de forma exclusiva e integral ao trabalho, atuando durante os dois turnos de atendimento, apresentando, assim, condições de reconhecer necessidades de saúde de sua comunidade e o desenvolvimento de habilidades para coordenar programas de saúde.

Por outro lado, a enfermeira, expressando ou não discordância, pode ainda estar se envolvendo em diversas atividades que poderiam e deveriam ser desempenhadas por outros profissionais. Talvez, estas ações sejam realizadas pela sua necessidade de responder por uma produtividade econômica para a instituição. Esta aparente acomodação, da enfermeira, pode ser conseqüência das suas dificuldades para resistir e implementar ações na tentativa de modificar as relações de poder existentes. Assim, ela pode ser considerada “*pau para toda a obra*” e o seu trabalho passa ser reconhecido como “*apaga incêndios*” e “*tapa buraco*”, decorrente da falta de tempo para planejar suas ações em saúde. Portanto, esta profissional pode possuir uma produtividade econômica no desempenho de suas funções, mas, simultaneamente, apresentar uma falta de competência política, pela sua dificuldade de propor e implementar estratégias de mudança e de resistir ao que discorda (FOUCAULT, 1991).

Desse modo, percebo que a enfermeira vem respondendo pela organização do trabalho na rede básica de saúde, visto que, como já referido, comumente, permanece durante todos os turnos de atendimento e, conseqüentemente, pode apresentar informações suficientes para identificar e propor ações que devem ser executadas, quando e por quem. Lunardi Filho (2000, p. 152) refere que a enfermeira, pelas ações que desenvolve no seu ambiente de trabalho, apresenta características que a qualificam para o exercício da administração da assistência global de saúde, constituindo-se em elemento de referência para as demais pessoas com quem convive em seu local de trabalho, tais como,

---

<sup>12</sup> Algumas passagens do texto foram grifadas, pela autora, objetivando destacá-las.

ser o **detentor da quase totalidade das informações** relativas às condições do ambiente do trabalho e do processo do trabalho assistencial; **organizador do ambiente do cuidado**, zelando por sua funcionalidade, segurança, limpeza, higiene, manutenção e provisão dos recursos materiais e humanos necessários à realização do trabalho assistencial; **guardião das normas e rotinas institucionais**, que configuram como o representante 'local' da administração superior da instituição; e **organizador da assistência**.

Portanto, a enfermeira, pelo trabalho que desenvolve, exerce poder ao decidir sobre as ações de saúde que devem ser implantadas e, também, as que precisam ser implementadas. Nesse processo, muitas são as dificuldades vivenciadas, mas, por outro lado, esta profissional cria estratégias para enfrentar tais limitações, possivelmente pelo seu comprometimento ético com a qualidade das ações preventivas e curativas prestadas à comunidade.

Vale referir, também, que, no convívio profissional com outras enfermeiras que atuam em saúde coletiva, percebo que manifestam necessidades de reconhecimento e valorização profissional. Acredito, no entanto, que estas profissionais precisam, primeiramente, se reconhecer como integrantes indispensáveis na equipe de saúde e em condições de igualdade na relação com os demais profissionais que atuam neste setor. Concordo com Lunardi Filho (2000, p. 198), quando afirma ser necessário considerar o trabalho em saúde como um trabalho coletivo, desenvolvido por diversos profissionais, que apresentam caráter complementar e cooperativo e não de subalternidade entre os diversos agentes.

Assim, interessei-me por tal temática, por acreditar que esta profissional exerce poder, construindo estratégias para enfrentar as limitações vivenciadas na implementação das ações em saúde, exercendo papel de mobilizadora e articuladora entre os demais profissionais, serviços e programas de saúde, sendo, então, imprescindível no planejamento e no desenvolvimento das ações na rede básica de saúde.

Conforme Jameton (1993, p. 550), as enfermeiras vivenciam, em sua prática, dilemas éticos e sofrimento moral, sendo importante o relato não apenas destas vivências, como propõe Benner (1991), mas também de experiências de sucesso dessas profissionais, para encorajá-las a ações adicionais. Nesse sentido, acredito ser de fundamental importância investigar e divulgar as estratégias que as

enfermeiras de saúde coletiva vêm utilizando no enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde.

A meu ver, o propósito deste trabalho é de relevância para a enfermagem, pois atrevo-me em afirmar que a enfermeira de saúde coletiva desenvolve muitas atividades que estão contribuindo na consolidação do SUS e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida da população. Então, é necessário conhecer essas estratégias utilizadas no enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde, visando socializá-las com outros profissionais e contribuir para a conquista de novos espaços para a enfermagem.

Para tanto, parto do pressuposto de que a enfermeira que atua em saúde coletiva apresenta-se comprometida com a implementação de ações em saúde e busca, estrategicamente, maneiras de superar as dificuldades vivenciadas nesse processo de implementação. Diante disso, apresento o seguinte objetivo: **conhecer estratégias construídas pelas enfermeiras de saúde coletiva no enfrentamento de dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde.**

A seguir, apresento o referencial teórico, o qual aborda os seguintes temas: “*A Resistência como Estratégia de Exercício de Poder*”, “*A Construção da Enfermeira como Sujeito Ético em sua Prática*” e, por último, “*Um Olhar sobre a Enfermagem em Saúde Coletiva e suas Práticas no Brasil*”.

## II- REFERENCIAL TEÓRICO

Para atender aos objetivos propostos por este estudo, entendo como necessário, primeiramente, recorrer à bibliografia, a fim de obter elementos que me subsidiem no seu desenvolvimento. Para tanto, inicialmente, apresento o referencial teórico deste trabalho, Michael Foucault, por compreender que sua concepção de poder possibilita que o exercício de poder seja visualizado como uma prática relacional e produtiva. Para este autor, o poder não significa somente uma força que diz não, cuja função é reprimir, proibir, mas o poder “produz coisas, induz ao prazer, forma saberes, produz discurso” (FOUCAULT, 2002, p. 8).

Numa concepção foucaultiana, Lunardi (1999, p. 13) refere que “o poder só pode ser entendido no seu caráter relacional, de relações de forças, indefinidas,



móveis e transitórias, nas quais os pontos de resistência, ou no mínimo, a sua possibilidade, indicam o exercício da liberdade dos sujeitos, mediante a relação do eu consigo mesmo, permitindo-se, então, que se fale em ética”.

Para aprofundar o conhecimento sobre como a enfermeira vem se construindo como sujeito, a seguir, busco, na construção histórica da enfermagem, questões referentes à religiosidade, gênero, organização do trabalho e formação profissional, pois acredito que estes fatores vêm influenciando na construção da profissional enfermeira e, conseqüentemente, refletem na maneira como esta profissional se relaciona com os outros, especialmente, nas relações de poder e no seu exercício ético. Além disso, lanço um olhar sobre as práticas da enfermagem em saúde coletiva no Brasil, visando conhecer como vem se dando o trabalho da enfermeira nesta área, desde a sua origem até a atual política de saúde.

A seguir, apresento o que denominei de “*A Resistência como Estratégia de Exercício de Poder*”.

## 2.1 A RESISTÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE EXERCÍCIO DE PODER

Para Foucault (1995, p. 232), o tema principal de suas obras é o sujeito, apesar de parecer ser o poder. Na verdade, Foucault mostra que o sujeito está inserido em uma teia de relações, na qual exerce força, age e reage, podendo exercer, continuamente, poder.

Foucault (1987, p. 125), diz que:

ao se falar em poder, a gente pensa imediatamente em uma estrutura política, em um governo, em classe social dominante, em senhor frente a um escravo. Mas não é em absoluto isto o que penso quando falo em relações de poder. Me refiro a relações humanas (...), as amorosas, institucionais e econômicas – **o poder está sempre presente**: me refiro a qualquer tipo de relação em que um tenta dirigir a conduta do outro.

As relações de poder permeiam os espaços sociais, podendo ser percebidas tanto nas relações familiares quanto nas de trabalho, sendo que, nesta pesquisa, focalizo os espaços de resistência ou de contra-poder que a enfermeira de saúde

coletiva estabelece com o gestor municipal, com os profissionais de saúde em geral, bem como com a comunidade, em virtude de possíveis dificuldades enfrentadas para a implementação das ações em saúde.

O poder, numa concepção negativa, comumente é reconhecido como uma força que diz não, que reprime e proíbe. No entanto, o exercício de poder tem toda uma positividade, produz saberes, desejos, sujeitos (FOUCAULT, 2002).

Deleuze (1991, p. 79) acrescenta que as obras de Foucault sobre poder “desenvolvem-se em três rubricas: o poder não é essencialmente repressivo, já que ele incita, suscita e produz; ele se exerce antes de se possuir (...); passa pelos dominados tanto quanto pelos dominantes, já que passa por todas as forças em relação”.

O poder não existe, pois, na verdade, o que existe são práticas ou relações de poder. Então, o poder é algo que se exerce, que se efetua, não estando localizado em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas disseminando-se por toda a estrutura social (MACHADO, 2002).

Para Lunardi (1999, p. 18), o poder, numa visão foucaultiana, é percebido como:

uma trama difusa, constituída por fios visíveis e invisíveis, móveis e desiguais, que representam possibilidades permanentes de exercício de forças de ação e reação, de poder e de contra-poder, de força e de resistência, diferentemente do entendimento de poder como propriedade de alguns, como ‘coisas’ que podem ser arrebatadas, compartilhadas ou usufruídas apenas por poucos, quem sabe, determinados ou escolhidos.

Assim, o poder não tem local definido na estrutura das relações sociais. Segundo Foucault (1980, p. 89), “o poder está em toda parte, não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares”, funcionando como uma “teia que se alastra por toda a sociedade e que ninguém escapa, estando sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de forças”. Então, “não existe, de um lado, os que têm o poder e, de outro, aqueles que se encontram dele alijados” (MACHADO, 2002, p. XIV).

Na Figura 1, procuro representar as relações que se estabelecem na área de saúde coletiva, onde a enfermeira está inserida em uma teia de relações com os demais atores sociais envolvidos, direta ou indiretamente, no processo de implementação das ações em saúde. Nesta representação, não existe um lugar

determinado para cada personagem, para o seu exercício de poder, pois, como já referido, o poder é móvel e transitório, e todos podem exercê-lo.



FIGURA 1 – Teia de Relações de Poder  
Fonte: Fernandes, 2003.

Portanto, as relações de poder apresentam-se difusas, instáveis e não emergem “de um ponto central ou de um foco único de soberania, mas vão a cada instante de ‘um ponto ao outro’ no interior de um campo de forças, marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistência” (DELEUZE, 1991, p. 81).

Machado (2002, p. XIV) refere, ainda, que o poder para Foucault “não é um objeto ou uma coisa, mas uma relação”. Assim, o poder assume um caráter relacional, no qual as práticas de resistência não podem “ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder”.

Assim, na enfermagem de saúde coletiva, presenciei práticas de resistência, quando, por exemplo, a enfermeira utilizou-se da argumentação, baseada na legislação, como instrumento de convencimento do gestor municipal, dos profissionais de saúde e da comunidade com relação às condutas que deveriam ser adotadas e ações que necessitavam ser implementadas. Outra situação que considero de extrema relevância explicitar é no que se refere à resistência para assegurar o respeito aos direitos do cliente enquanto cidadão. Muitas vezes, esses não são respeitados, tendo presenciado profissionais de saúde banalizando e relatando histórias de vida dos seus clientes para outras pessoas e em local inadequado, com transgressão do sigilo profissional. Isso despertava, em mim, sentimentos de indignação e inquietação. Não podendo ser conivente com tal

situação, foi proposto e realizado um trabalho de reflexão com a equipe de saúde sobre os direitos do paciente no atendimento de saúde e princípios do SUS. A partir dessas experiências, dentre outras, comecei a me questionar sobre como a enfermeira de saúde coletiva procura garantir os direitos da comunidade. Que estratégias ela utiliza para enfrentar os conflitos éticos que vivencia? Como vem exercendo poder? Como resiste nas diferentes relações de poder em que está inserida?

Conforme Machado (2002, p. XIV), “onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social”. Ainda, “os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento” (FOUCAULT, 1980, p. 92).

As práticas de resistência estão presentes em todas as relações, podendo se manifestar de forma espontânea, planejada, individual e/ou coletiva. Estas manifestações são essenciais, podendo representar, estrategicamente, uma forma de luta por melhorias também no que se refere às condições de trabalho, além de ser uma maneira de se opor às ações de opressão. O poder “é luta, afrontamento, relação de força, situação estratégica. Não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa. Não é uma relação unívoca, unilateral” (MACHADO, 2002, p. XV)

Neste sentido, Foucault (1995, p. 235) salienta três tipos de lutas: “contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa); contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão)”. Além disso, descreve as características que estas lutas apresentam em comum: são transversais, pois acontecem em diferentes contextos políticos e econômicos, não se restringindo a um determinado país; imediatas porque “criticam-se as instâncias de poder que lhes são mais próximas, aquelas que exercem sua ação sobre os indivíduos”; são lutas contra o “governo da individualização; (...) oposição aos efeitos do poder relacionados ao saber, à competência e à qualificação” (FOUCAULT, 1995, p. 234-235).

Para Foucault estas lutas apresentam como

principal objetivo atacar, não tanto 'tal ou tal' instituição de poder ou grupo ou elite ou classe, mas, antes, uma técnica, uma forma de poder. Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei da verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos (FOUCAULT, 1995, p. 235).

Desse modo, luta representa manifestação de resistência contra diferentes formas de dominação, controle, submissão, exploração, sujeição de um ser ou de um coletivo aos interesses de outrem. Foucault acrescenta que, nas relações de poder, são utilizadas estratégias de luta ou mecanismos de ação sobre ações possíveis, eventuais e supostas dos outros, sendo que estas estratégias são definidas como “soluções ‘vencedoras’” (FOUCAULT, 1995, p. 248). Neste sentido, faço as seguintes indagações: quais as soluções vencedoras que a enfermeira de saúde coletiva vem utilizando frente às limitações vivenciadas no processo de implementação das ações em saúde? Como esta profissional vem se construindo como sujeito ético comprometido com a implementação das ações em saúde?

## **2.2 A CONSTRUÇÃO DA ENFERMEIRA COMO SUJEITO ÉTICO EM SUA PRÁTICA**

Acredito ser relevante abordar alguns aspectos que influenciam a construção da enfermeira como sujeito ético em atitudes de aceitação e/ou resistência, adotadas por esta profissional, diante de dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde, especificamente das que exercem sua prática em saúde coletiva.

Inicialmente, é importante referir que a subjetividade não é um ponto de partida, mas sim um ponto de chegada de um processo complexo, isto é, como algo da ordem da produção, como um devir (BIRMAN, 2000). Então, “falar em forma de subjetivação é insistir na dimensão de produção do sujeito, que não mais seria origem e invariante, mas destino e produção, destino resultante de um longo e

tortuoso processo de modelagem e de remodelagem, historicamente regulado” (BIRMAN, 2000, p. 81).

Assim, pretendo abordar de forma sintetizada alguns elementos que, apesar de apresentados separadamente, ao meu ver, estão intimamente relacionados entre si, influenciando a construção do sujeito enfermeira, sendo eles: **a religiosidade; o gênero; a organização do trabalho da enfermagem e a formação profissional.**

De acordo com a história da enfermagem, no **período religioso**, essa profissão foi marcada pelo seu espírito caritativo, pelo espírito de servir aos outros, pelo caráter de abnegação presente em quem presta o cuidado, tendo em vista a salvação da sua própria alma, bem como a salvação da alma de quem era cuidado (DONAHUE, 1993).

Neste período, os “cuidadores” dos doentes, velhos, necessitados e pobres, eram reconhecidos por algumas “virtudes”, tais como: humildade, bondade, docilidade e passividade, generosidade, desejo de compaixão humana, piedade, misericórdia, auto-sacrifício, renúncia ao mundo, obediência, abnegação, dentre outros (LUNARDI, 1998). Conforme Donahue (1993, p. 93), a enfermagem “traduzia o conceito de altruísmo puro introduzido pelos primeiros cristãos. O termo altruísmo puro deriva da palavra latina alter (outro); daí que altruísmo signifique pensar e interessar-se pelos demais”.

Percebo que, até hoje, muitas enfermeiras têm enraizado em seu fazer essas características de abnegação, responsabilidade pelo outro, mortificação de si<sup>13</sup>, altruísmo, passividade, obediência, dificuldade de resistir diante de situações que discorda, evitando conflitos, negando seus saberes e desejos, ou seja, renunciando a si. No entanto, uma questão que poderia ser trazida refere-se às implicações, para a comunidade por ela cuidada e assistida, de sua abnegação, obediência e passividade? Até que ponto a abnegação e mortificação da enfermeira implicam em abnegação e mortificação da comunidade por ela cuidada, diante das possibilidades de acesso às ações de saúde a que tem direito?

Almeida e Rocha (1989, p. 45) dizem que o “modelo religioso de enfermagem emerge no mundo cristão, atravessa a Idade Média e vai-se defrontar com o

---

<sup>13</sup> Foucault (1987, p. 28), mortificação de si significa a renúncia a este mundo e a si mesmo, podendo apresentar-se como uma morte cotidiana.

capitalismo na Inglaterra, no final do século XVIII e início do século XIX. (...) No capitalismo, o modelo religioso é substituído pelo vocacional”.

A vocação para com o trabalho também era vista como algo que representava a expressão externa do amor fraternal, devendo o homem aceitá-lo como uma ordem divina e adaptar-se (WEBER, 2002), pois correspondia “à tendência natural de um indivíduo por alguma coisa, do ‘ideal de servir’” (RODRIGUES, 1997, p. 110). Focalizando o trabalho de enfermagem, este podia ser reconhecido como um “chamado, um trabalho que requer auto-sacrifício” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p. 48), um trabalho de Deus e que poderia converter-se em exercício de penitência para alcançar a purificação e a expiação dos pecados de quem o exercia (LUNARDI, 1998).

Almeida e Rocha (1989, p. 48-49) acrescentam, ainda, que o modelo vocacional ou a arte de enfermagem<sup>14</sup> é introduzido por Florence Nightingale, sendo “comandado pela técnica disciplinar, a fim de tornar o trabalho da enfermagem possível dentro de uma hierarquia de poder, com o objetivo principal de auxiliar o trabalho do médico”, sendo mantidas e reforçadas características necessárias para a candidata à enfermeira: “ter abnegação absoluta, altruísmo, espírito de sacrifício, integridade, humildade e, acima de tudo, disciplina” (FONSECA; PENNA, 2000, p. 228). No entanto, o auto-sacrifício, a renúncia, o não enfrentamento das relações de poder podem estar associadas à renúncia dos direitos da comunidade às ações de saúde propostos nos diferentes programas e políticas de saúde.

Um outro aspecto que merece destaque na construção da enfermeira como sujeito ético é o **gênero**. Segundo Scott (1990, p. 9), o gênero é “uma maneira de indicar ‘construções sociais’ – a criação inteiramente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres”.

Nessa construção social de papéis adequados ou aceitáveis, a enfermagem, em virtude de ser uma profissão constituída, em sua maioria, por trabalhadores do sexo feminino vem sofrendo influências deste processo de construção na definição de seus papéis. O “grupo feminino, por ser maior contingente, imprimiu à imagem social da enfermagem a *cara* feminina” (PEREIRA, 1999, p.170). A enfermagem é definida historicamente como uma profissão feminina (SILVA, 1989, p. 57). Por sua

---

<sup>14</sup> Segundo Almeida e Rocha (1986, p. 47), o modelo vocacional “teve uma função ideológica de valorizar o trabalho da enfermagem degradante dos hospitais, traduzindo-o como uma sublime arte, a fim de disciplinar os seus agentes e regular o modo de vida, segundo o capitalismo”.

vez, Nascimento (1996, p.41) refere que “as mulheres representam a maioria das pessoas que trabalham em saúde”, o que se justifica pela “questão da aptidão natural das mulheres em desenvolver tarefas femininas, como: cuidar, alimentar, auxiliar, oferecer amor e carinho” e pelas qualidades de mãe, tais como: “honestas, puras, disponíveis, carinhosas, dedicadas, desprendidas e zelosas” (BANDEIRA; OLIVEIRA, 1998, p. 681). Histórica e culturalmente, o cuidar/cuidado, no sentido de proteger, promover e preservar, tem sido atribuído à prática de enfermagem (FONSECA; PENNA, 2000). Assim, a enfermagem se caracteriza como uma profissão feminina que é “subalterna e mal remunerada, tida como extensão do trabalho doméstico e do papel de mãe” (TOLEDO, 1981, p. 21), que “incorpora a invisibilidade histórica de um fazer ‘menor, menos importante’, por isso ‘abaixo’, simbólica e socialmente falando, de outros fazeres” (PEREIRA; SILVA, 1997, p. 20).

Cabe salientar que a mulher teve sua inserção no mercado de trabalho, nos primórdios do capitalismo industrial, através do desenvolvimento de atividades que antes fazia em casa como, por exemplo, limpeza e cuidar dos familiares doentes (BRAVERMAN, 1987), produzindo um serviço pouco reconhecido na sociedade.

Segundo Melo (1986, p. 35-36), o trabalho das mulheres de prestar o cuidado aos doentes reflete:

a ideologia de uma sociedade onde o trabalho manual era menosprezado e, como tal, relegado à categoria considerada inferior. Nos hospitais, as atividades desenvolvidas eram muito mais uma caracterização do trabalho doméstico, designado para o sexo feminino como conseqüência da divisão do trabalho entre os diferentes sexos, que reflete as bases da relação de dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino e no papel subordinado da mulher como ‘doméstica’ e ‘mãe’.

Ao longo da história, estereótipos sexuais foram sendo definidos e reforçados. Esperava-se do homem um comportamento “agressivo, seguro, independente, frio, assertivo, forte, auto-suficiente, polígamo” e da mulher “passividade, dependência, insegurança, docilidade, compaixão, fragilidade, coquetismo, beleza e monogamia” (TOLEDO *et al.*, 1981, p. 9). Estes estereótipos são reforçados, por exemplo, na família quando os pais aprovam ou não comportamentos e sentimentos neste ou naquele sexo, transmitindo e reforçando valores vigentes na sociedade (TOLEDO *et al.*, 1981).

Assim, a mulher, por manifestar mais fortemente características de sensibilidade e docilidade, pode, por um lado, ser favorecida na percepção e



abordagem dos problemas que vivencia, mas, por outro, tais características podem favorecer práticas de aceitação pela dificuldade de resistir, negociar, expressar suas opiniões. A partir disso, faço as seguintes indagações: qual o papel esperado da enfermeira? Quais as atividades propostas e esperadas para as enfermeiras? Qual a atitude esperada de uma enfermeira diante de possível comprometimento da implementação de ações de saúde para a comunidade? Qual o papel da enfermeira diante de situações de enfrentamento de poder? Seria de aceitação, de resistência?

Diante disso, concordo com Lopes *et al.* (1996, p. 60) ao referir que “as enfermeiras são produto da construção sócio-histórica de sua profissão”. Nascimento (1996), baseando-se em Scott, refere que as questões de gênero “emergem e constituem relações sociais e através delas é possível entender que o lugar e o ‘status’ ocupado por mulheres e homens, assim como o modo de se relacionarem, transcendem o sexo biológico, para se situar na esfera das construções sociais”. Portanto, como as “diferenças entre mulheres e homens são construídas socialmente podem, conseqüentemente, ser passíveis de mudanças” (LOPES *et al.*, 1996, p. 60).

Nos anos 60 e 70, ocorreram muitos avanços com relação à busca de espaços e de afirmação das mulheres na sociedade. Nessa época, “havia uma grande necessidade de desvendar, discutir e denunciar as discriminações e opressões que as mulheres sofriam no decorrer da história da humanidade” (COELHO, 1999, p. 147). Em 1975, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre a Mulher no México, tendo sido proclamado 1975 como o Ano Internacional da Mulher (OGUISSO, 1998). Na década de 80, “começam os encontros latino-americanos de mulheres: na Colômbia, 1981; no Peru, 1983; no Brasil, 1985; no México, 1987; no Brasil 1989”, sendo que no final desta década aumenta a participação das mulheres nos sindicatos e partidos, além de multiplicarem-se os investimentos financeiros internacionais (RAGO, 1996, p. 59). Ainda, ocorreram a 2ª e a 3ª Conferência Internacional sobre a Mulher, em 1980, na Dinamarca, e em 1985, no Kenia, respectivamente (OGUISSO, 1998). Cabe destacar que, na enfermagem brasileira, avanços em relação a discussões e estudos sobre gênero iniciaram, paulatinamente, em 1979, no Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) realizado em Fortaleza, tendo sido o tema retomado em 1986, no CBEn do Rio de Janeiro e, em 1987, na cidade de Salvador, numa atividade de pré-congresso (CORRÊA; SILVA, 1999). A partir disso, vários livros

foram publicados sobre essa temática, bem como a criação de núcleos de estudo, sendo, portanto, uma década caracterizada como um “momento ímpar na enfermagem brasileira, pois marca um novo repensar sobre as bases da profissão” (CORRÊA; SILVA, 1999, p. 31).

Hoje, a mulher continua conquistando espaços e reconhecimento no mercado de trabalho. No entanto, tais avanços não representam uma construção fácil, pois vem, ainda, lutando contra a forma discriminada como é tratada. Especificamente na área de saúde coletiva, a enfermeira vem conquistando novos espaços, devido, como já referido, ao processo de municipalização da saúde, a adesão dos municípios ao PACS e/ou PSF (MORETTO, 2001, p. 15), dentre outros. Acredito que esta profissional, apesar de enfrentar dificuldades para implementar ações em saúde, vem construindo múltiplas estratégias para superar tais limitações, a fim de assegurar uma postura ética.

No que se refere à **organização do trabalho da enfermagem**, esta sofre, predominantemente, influências das teorias de Taylor, Fayol e da Escola das Relações Humanas (MELO, 1986). Tal conclusão é confirmada no trabalho de Vaz (1989, p. 56), mediante a análise de depoimentos de enfermeiras da rede básica de saúde, constatando que ocorre uma preocupação dessas profissionais em cumprir tarefas, executar o serviço, verificar o desempenho através da quantidade de atividades realizadas, evitando conflitos, entre outros. A Administração Científica de Taylor é, até hoje, utilizada na enfermagem, focalizando a realização padronizada de tarefas e sua fragmentação, desenvolvendo o estudo dos tempos e movimentos com o propósito de obter maior rendimento da força de trabalho do trabalhador e, conseqüentemente, uma maior produtividade.

O trabalho da enfermagem, até as primeiras décadas do século XX, era desenvolvido por pessoas não preparadas para esta função, com poucas enfermeiras para supervisionar este pessoal. Diante disso, a Teoria de Taylor veio a ser incorporada na organização do trabalho da enfermagem, pela necessidade de descrever as tarefas, etapa por etapa, de modo a que, tais trabalhadoras, mesmo sem preparo, pudessem dar “conta”, “economizando material, tempo, movimento e energia, com poucas assumindo as várias tarefas hospitalares” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p. 34).

Ainda hoje, os serviços de saúde apresentam, em sua maioria, número reduzido de funcionários, sobrecarregando os poucos que trabalham, os quais são

estimulados e cobrados a desenvolver o máximo de atividades com a menor perda de tempo. Poderia ser questionada a postura assumida pela enfermeira frente a tais exigências, quando seu cumprimento pode comprometer a realização de ações de saúde previstas.

Já a Teoria Clássica de Fayol se preocupava com a definição das funções básicas da empresa, a organização formal do pessoal, cujas ordens para a execução do trabalho partiam da direção, que se apresentava no ápice da escala hierárquica, estando na sua base os operários com capacidade técnica.

Ambas as teorias eram normativas e prescritivas, visando aumentar a produtividade com menores custos de produção, sem, no entanto, considerar as influências dos aspectos extra-organizacionais (CHIAVENATO, 1997).

Qual a relação dessas teorias com a prática da enfermagem de saúde coletiva? Parece-me que a divisão do trabalho na saúde de forma hierarquizada é uma forte característica incorporada do taylorismo e do fayolismo, onde, geralmente, há um número reduzido de enfermeiras para organizar e/ou assumir a organização do trabalho, bem como para decidir e ordenar, ao passo que há muitos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem para executar, sendo que estes, muitas vezes, podem ter dificuldades para resistir e questionar. A delegação de funções e de responsabilidade são provenientes das Teorias de Taylor e Fayol, fazendo-se presentes na divisão técnica do trabalho entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (MELO, 1986, p. 56).

Também merece destaque a Teoria das Relações Humanas de Elton Mayo, que passa a visar as pessoas e suas relações em lugar da estrutura, preocupando-se, segundo Kurgcgant (1991, p. 8), com o homem no trabalho e não com a forma como este realiza seu trabalho. A partir desta teoria, então, a administração consideraria o homem como um ser predominantemente social e não mais econômico, produtivo, além de tratar de temas relativos à motivação humana, à liderança, à comunicação e à dinâmica de grupo, salientando a importância da cooperação entre os trabalhadores e enfocando o trabalho como uma atividade em grupo (KURCGANT, 1991). Esta teoria defendia a “cooperação como forma de promover o bem estar social”, mas por outro lado, enfatizava a harmonia, condenava os conflitos e criava “a ilusão de participação nas decisões” (MELO, 1986, p. 58), comprometendo a busca por condições mais dignas de trabalho e de salários. A

incorporação desta proposta teórica no fazer da enfermeira pode comprometer o seu exercício de poder, o que pode ter implicações éticas.

Para finalizar esta abordagem sobre a construção da enfermeira como sujeito ético, parece-me imprescindível resgatar o seu processo de **formação**, pela influência da educação na construção de sua identidade. Quando cito educação, estou me referindo não somente ao processo de educação formal, mas também às relações de construções de saberes que o ser humano vivencia no seio familiar, na escola, nos diferentes grupos que participa, na própria formação profissional e, posteriormente, no trabalho. Assim, poderia me questionar como vem se dando, predominantemente, a formação das enfermeiras para serem sujeitos políticos e éticos em sua prática?

Acredito que, ao abordar o processo educativo na enfermagem, se torna de fundamental importância destacar Florence Nightingale, por sua dedicação à enfermagem e ao cuidado dos doentes, pautando-se na vocação para obedecer e servir. Na história da enfermagem, Florence e seu modelo vocacional constituíram-se em marcos para o início da enfermagem profissional.

Além de sua dedicação aos doentes, Nightingale também se preocupava em formar outras enfermeiras. O objetivo da Escola Nightingale era a formação de enfermeiras para atuar nos hospitais, nos distritos para cuidar de doentes e pobres e para o ensino (DONAHUE, 1993, p. 248). Para tanto, contou com o trabalho cooperativo da Sr.<sup>a</sup> Wardroper, responsável pelas atividades diárias das enfermeiras (SEYMER, s.d., p. 95), acreditando que “uma boa superiora constitui a chave para o êxito de um curso de aprendizado” (SEYMER, s.d., p. 93).

Florence destacava-se por sua postura controladora, exigente, autoritária e disciplinar, sendo que estas características evidenciavam-se, no ensino, desde o processo de admissão ao curso de enfermagem, no qual ela se opunha ao ingresso de alunas menores de vinte e cinco anos (SEYMER, s.d., p. 95). As candidatas eram selecionadas pelo “ponto de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional” (MOLINA, 1973, p. 70), tendo durante o curso, regras rigorosas quanto ao acompanhamento do comportamento e vestuário (SEYMER, s.d., p. 96), até mesmo no período em que as enfermeiras já estavam trabalhando, sendo estas consideradas por Florence como suas “filhas”.

Em 1887, surge um movimento de resistência das enfermeiras para obter seu Registro Oficial. Florence, no entanto, não concordava com esta reivindicação,

argumentando que este registro era desnecessário, pois a enfermagem era percebida, por ela, como uma arte e uma vocação, conforme pode ser verificado em suas palavras expressas abaixo:

A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus. É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas-Artes (Florence Nightingale, apud SEYMER, s.d. p. 106).

Diante disso, reflito sobre como vem sendo desempenhada esta arte, quando as enfermeiras estão imersas em situações de conflitos, de disputas, de reivindicações e de poder, em que a implementação das ações em saúde pode encontrar-se em risco. Como, neste contexto, a prática de enfermagem vem se construindo como a mais bela das artes? Quando esta prática pode ser considerada uma arte das mais belas? Será quando a enfermeira assume uma postura de aceitação, apesar do seu comprometimento com a implementação das ações em saúde? Será quando a enfermeira manifesta resistência para assegurar que ações de saúde sejam efetivadas?

Para Lunardi Filho (2000, p. 35), “Florence preconizava que as enfermeiras deveriam estar submetidas a uma forte organização disciplinar, cuja finalidade exclusiva era capacitá-las para a execução inteligente das tarefas ordenadas pelos médicos, constituindo, assim, toda a prática da enfermagem”. Ainda hoje, o modelo nightingaleano se reflete nas práticas de ensino na enfermagem, através de características que lhe são peculiares, tais como, rigidez, controle e autoritarismo, formando corpos disciplinados, dóceis e submissos.

Lunardi (1994) destaca a força da disciplinarização dos corpos das enfermeiras e das futuras enfermeiras através da contínua presença do castigo/sanção normalizadora articulada a outros instrumentos disciplinares, como o olhar hierárquico, o exame, o controle do tempo, a ênfase na minuciosidade e no perfeccionismo. Em sua análise, afirma que esse modo predominante de formação tem favorecido a construção de sujeitos enfermeiras produtivas e úteis, porém obedientes, passivas e dóceis, apresentando dificuldades de resistir, dizer não e contrapor-se. Portanto, a formação para obedecer e o aparente despreparo para a argumentação podem estar associadas à tendência das enfermeiras em evitar

confrontos, disputas, emissão de opiniões, questionamentos, reivindicações e solicitações de melhorias nas condições de trabalho (LUNARDI FILHO, 2000).

Neste sentido, como a enfermeira pode ser um sujeito ético e político<sup>15</sup> em sua prática de saúde coletiva, quando a sua formação ainda está associada à construção de enfermeiras passivas e obedientes? Por outro lado, como vem se dando o processo de formação das enfermeiras que comumente apresentam estratégias de resistência para assegurar que as ações de saúde sejam implementadas?

A organização do trabalho da enfermagem e o fazer da enfermeira sofrem influências da religiosidade, historicamente presente na profissão, das relações de gênero, de conhecimentos preconizados pelas Teorias Administrativas de Taylor, Fayol e das Relações Humanas, dentre outras, e da formação profissional. Estes são alguns elementos relevantes que podem interferir na construção da enfermeira como sujeito ético em sua prática, intervindo, conseqüentemente, na maneira como esta profissional se conduz nas relações de poder no trabalho e nas práticas para a implementação das ações de saúde.

Acredito que o fazer da enfermeira está impregnado por vários elementos historicamente construídos, sendo necessário considerar e, ao mesmo tempo, problematizar como vem se dando, na atualidade, este fazer, além de procurar compreender essa realidade na tentativa de transformá-la. Apesar desses fatores poderem influenciar a construção de enfermeiras dóceis e submissas, pretendo conhecer como algumas enfermeiras, em sua prática, vêm construindo estratégias de resistência, já que acredito na necessidade do exercício de contra-poder da enfermeira para assegurar a implementação de ações de saúde de que a comunidade necessita.

Concordo com Lunardi Filho (2000, p.76), quando diz que a autonomia do sujeito:

não implica a mera possibilidade de não ter que se sujeitar a quaisquer normas ou regras instituídas, mas da possibilidade do exercício de sua vontade de segui-las, porque as aceita e concorda com elas. Assim considerada, a autonomia opõe-se à dependência, no sentido de submissão e de avassalamento. (...) A autonomia, portanto, é uma conquista, é o

---

<sup>15</sup> Sujeito ético e político significa ser cidadão, ou seja, saber que, em qualquer relação social, as pessoas têm deveres, mas também têm direitos, sendo necessário reivindicar e lutar por estes direitos.

exercício de uma vontade. É um ato deliberado, trabalhoso e ininterrupto, em busca da dignidade, tanto na vida como no trabalho.

Assim, mobilizar-se, resistir, lutar, exercer poder, para assegurar a implementação de ações de saúde representa, também, o exercício da autonomia da enfermeira para ser coerente com os valores que acredita e, possivelmente, com os compromissos profissionais que assume. Os atos de resistência da enfermeira nas diferentes relações de poder podem impedir ou, no mínimo, dificultar sua anulação como sujeito, porém, podem, também, representar o impedimento da anulação da comunidade no que se refere aos seus direitos às ações de saúde.

A autonomia dos sujeitos, para Cohen e Segre (1995, p. 17), constitui-se em uma condição para que se fale em ética. Neste sentido, considero importante destacar os conceitos de ética e de moral que, apesar de serem, muitas vezes, utilizados indistintamente, sua concepção pode ser diferenciada.

O termo “moral” ou “código moral” pode ser entendido como “um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as Igrejas” (FOUCAULT, 1984, p. 26). A finalidade das “leis morais é ordenar um conjunto de direitos e deveres do indivíduo e da sociedade” e a moral compreende três características: “seus valores não são questionados; eles são impostos; a desobediência às regras pressupõe um castigo” (COHEN; SEGRE, 1995, p.16).

No entanto, a ética, para Cohen e Segre (1995, p. 17),

está na percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção x razão) e na condição, que podemos adquirir, de nos posicionarmos, de forma coerente, face a esses conflitos. Consideramos, portanto, que a ética se fundamenta em três pré-requisitos: 1. **percepção dos conflitos** (consciência); 2. **autonomia** (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma); e 3. **coerência**.

Portanto, reconheço que a ética requer a apreensão dos acontecimentos, enquanto que a moral é imposta, sendo que o “princípio fundamental da ética deva passar basicamente pelo respeito ao ser humano, como sujeito atuante e autônomo” (COHEN; SEGRE, 1995, p. 21).

A enfermeira, no seu cotidiano profissional, como já referido, pode enfrentar inúmeras dificuldades para uma atuação ética, requerendo a identificação e a percepção de problemas e conflitos presentes no seu cotidiano profissional, a

autonomia na tomada de decisão e realização de ações, bem como coerência frente aos valores, crenças e vontade dos sujeitos envolvidos.

Neste sentido, acredito que a enfermeira de saúde coletiva precisa perceber a importância e a necessidade do exercício de poder para garantir uma postura ética em suas relações com os outros, mas, principalmente, consigo. Além disso, esta profissional deve se reconhecer como um sujeito autônomo, dotado de valores, saberes e vontades, mobilizando-se para o enfrentamento de situações conflituosas, de modo a garantir coerência entre o que valoriza, acredita e realiza.

A seguir, apresento o que identifiquei como “*Um Olhar sobre a Enfermagem em Saúde Coletiva e suas Práticas no Brasil*”.

### **2.3 UM OLHAR SOBRE A ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA E SUAS PRÁTICAS NO BRASIL**

Parece-me necessário dirigir um breve olhar sobre as práticas de enfermagem em saúde coletiva no contexto nacional, desde a sua origem até a atual política de saúde, visando compreender sua evolução histórica nessa área, bem como as relações estabelecidas entre os interesses políticos e econômicos de cada época e a formação de enfermeiras.

A enfermagem profissional surgiu no Brasil para atender necessidades de saúde pública. O Estado brasileiro, na década de vinte, teve que implementar ações de saneamento nos portos e nos núcleos urbanos, devido às constantes advertências que recebia dos países com quem comercializava. As epidemias e endemias representavam uma ameaça para os tripulantes dos navios, bem como à população de seus países de origem (GERMANO, 1985).

Nesse contexto, o sistema de saúde do Brasil sofreu influências do modelo americano, pois com o propósito de preparar o pessoal para atuar em saúde pública, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas, trouxe, através da Fundação Rockefeller, nove enfermeiras norte-americanas formadas no sistema Nightingale, as quais estruturaram o serviço de enfermagem de



saúde pública no Rio de Janeiro, sendo também as primeiras professoras da Escola de Enfermagem Anna Nery<sup>16</sup> (GERMANO, 1985).

Para Melo (1986, p. 65), o trabalho da enfermagem no Brasil já nasceu dividido. As enfermeiras formadas na Escola Anna Nery assumiram cargos de chefia dos serviços de saúde pública ou de ensino. As profissionais que exerciam o ensino começaram a preparar pessoal auxiliar, as chamadas visitadoras sanitárias. Conforme esta autora, as visitadoras sanitárias realizavam atendimento domiciliar a doentes e atividades em serviços públicos. Assim, o trabalho da enfermagem no Brasil, já nasceu dividido em atividades, predominantemente, manuais e intelectuais, sendo as primeiras de responsabilidade das visitadoras sanitárias e as segundas das enfermeiras, as quais desenvolviam ações de supervisão e ensino, sem exercer práticas de cuidado direto aos pacientes.

Vale destacar que o ensino de enfermagem na Escola Anna Nery privilegiava disciplinas de cunho preventivo, sendo que, no período de 1923 a 1949, o currículo, praticamente, não sofreu alterações, mas o mercado já começava a apresentar uma forte tendência curativista, voltado para o ambiente hospitalar. Até o final da década de trinta, as enfermeiras estavam ligadas exclusivamente ao mercado de trabalho do setor da saúde pública, mas, na década de quarenta, com as inovações na área hospitalar, as enfermeiras passaram a ser absorvidas em maior número pelos novos hospitais (ALMEIDA *et al*, s.d).

Assim, a partir da década de quarenta, começou a se dar ênfase às atividades hospitalares em virtude de interesses econômicos da época, surgindo, então, com maior força, um novo campo de atuação para a enfermagem. O Brasil e os Estados Unidos estabeleceram um acordo, em que o Brasil prestava assistência às pessoas que trabalhavam na extração da borracha, material indispensável para os Estados Unidos, na II Guerra Mundial, mas os trabalhadores exigiram uma medicina curativa e hospitalar (MELO, 1986).

Cabe acrescentar que, em 1949, é aprovada a Lei Nº 775 que dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil e o Decreto Nº 27.426, que regulamenta os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. O primeiro, com duração de trinta e seis meses, requeria, entre outros documentos, o certificado de conclusão do curso

---

<sup>16</sup> Esta Escola recebeu o nome de Anna Nery em homenagem a Ana Justina Ferreira Néri. Segundo Germano (1983, p. 24-25), esta mulher foi condecorada pelo governo do Brasil com o título “Mãe dos Brasileiros” pela participação voluntária na Guerra do Paraguai (1864-1870), sendo um exemplo de abnegação, de dedicação e obediência.

secundário; e o segundo, realizado em dezoito meses, requeria a apresentação do certificado de conclusão do curso primário, ou certificado de aprovação no exame de admissão ao primeiro ano do ginásial. É relevante citar o parágrafo único do Art. 5º desta mesma Lei, o qual dispunha que, até o ano de 1956, a matrícula para o curso de enfermagem poderia ser efetuada com a apresentação do certificado do curso ginásial, sendo que, em 1956 através da Lei Nº 2.995, o prazo foi, novamente, prorrogado até 1961. Portanto, somente após 12 anos da aprovação da Lei Nº 775 passa a ocorrer à exigência do certificado secundário para realizar o referido curso, com implicações para o desenvolvimento da profissão, para o exercício de suas profissionais e para a assistência de saúde recebida pela comunidade. Outro Artigo desta mesma Lei, que considero interessante explicitar, por caracterizar-se como um “marco” histórico para a enfermagem, é o de número 21, o qual dispunha que “as instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorrido sete anos após a publicação desta lei, não poderão contratar, para a direção dos seus serviços de enfermagem, senão enfermeiros diplomados”. Cabe, então, destacar que a formação de enfermeiras no Brasil iniciou em 1923, mas somente em 1956 passou a ser obrigatória a participação desta profissional nas atividades de coordenação da equipe de enfermagem nos serviços de saúde, o que, possivelmente, trouxe implicações para o desenvolvimento da profissão.

Na década de sessenta, o ensino na enfermagem sofreu modificações, pois o currículo passou a priorizar as clínicas especializadas de caráter curativo, em detrimento da disciplina de saúde pública, sendo esta não mais considerada obrigatória no currículo mínimo, conforme o parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação, passando a ser uma especialização para os alunos que optassem seguir estudando após graduarem-se (GERMANO, 1985).

Nos anos setenta, o parecer nº 163/72 fortalece o anterior (271/62), pois enfatiza a necessidade da enfermeira dominar técnicas avançadas em saúde, tornando-se cada vez mais especializada em atividades curativas (GERMANO, 1985). A Resolução nº 04/72 estabelece o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, compreendido de três partes: pré-profissional, tronco profissional e habilitações, podendo estas ser em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica ou Enfermagem de Saúde Pública. Cabe, ainda, referir que, no tronco profissional, a disciplina de saúde pública não era mencionada, não significando, entretanto, que não fizesse parte do currículo dos cursos, apesar de

seu caráter de não obrigatoriedade. Portanto, no período de vigência desse currículo mínimo, a formação das enfermeiras pode ter privilegiado fortemente a assistência à saúde centrada nos hospitais, reforçando, também, o modelo curativista.

Em 1994, são aprovados o Parecer Nº 314 e a Portaria Nº 1.721, substituindo, após a vigência por mais de vinte anos, a proposta de currículo mínimo para a enfermagem (Parecer Nº 163 e Resolução Nº 4/1972). É interessante enfatizar que o parecer 314/94 define o aumento do número mínimo de horas do currículo (4.000 horas), o mínimo de quatro anos para formação, a supressão das habilitações, a inclusão de disciplinas na área da pesquisa, das ciências humanas, da epidemiologia, dentre outros, contemplando a formação da profissional voltada à assistência à saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, nos diferentes serviços de saúde de diversificados níveis de complexidade e permeada pelos referenciais da Saúde Pública e da Administração<sup>17</sup>.

Constato, também, articulada à nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Nº 9.394 de 20/12/1996), a relevância e necessidade de uma proposta política-pedagógica inovadora para a enfermagem, voltada às necessidades de seus clientes, cujas estruturas dos cursos devem garantir os princípios da autonomia institucional, da flexibilidade, da articulação e da atualização do currículo, assim como a possibilidade de opção do corpo discente, privilegiando a formação de enfermeiras críticas e reflexivas, “com conhecimentos além do técnico-científico, envolvendo dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e de princípios” (...), ou seja, a formação de profissionais que “atuem como sujeitos sociais comprometidos com a democracia e a emancipação humana” (COSTA *et al.*, 2001, p. 282).

Conforme Costa *et al.* (2001, p. 283), os novos projetos pedagógicos para a enfermagem necessitam considerar

o **aluno como sujeito** capaz de aprender a aprender; capaz de reconhecer a transitoriedade do conhecimento científico e identificar as lacunas do seu conhecimento e de saber buscar ativamente informações para resolver os problemas colocados; capaz de reconhecer e respeitar os saberes que orientam as ações do demais profissionais e dos usuários. É o aprender a aprender que faz o bom profissional.

---

<sup>17</sup> Material disponível em: <[http://www.famed.ufu.br/diretrizes\\_enf.htm](http://www.famed.ufu.br/diretrizes_enf.htm)> e <<http://www.puc-campinas.edu.br/ccv/Graduacao/Enfermagem/principalEnf.htm>>. Acesso: 17 jan. 2003.

Estas mesmas autoras referem, ainda, que o currículo deve promover a “**articulação entre a teoria e a prática**, pois é preciso equilibrar teoria e prática para construir uma competência inteira. (...) O aprender começa do fazer, para possibilitar saber fazer e ter a capacidade de refazer”. No que se refere aos **cenários de aprendizagem**, estes devem “incorporar os vários locais onde a vida acontece (comunidade, família, creches, escolas, etc.)”, não sendo a formação das enfermeiras centralizada nas instituições hospitalares. Além desses princípios, considero relevante, ainda, destacar “a **pesquisa integrada ao ensino**, pois o exercício profissional deve estar alicerçado na busca das melhores evidências científicas para assegurar uma assistência de qualidade” e a **metodologia do processo ensino-aprendizagem**, sendo que esta precisa “centralizar-se nos alunos, vistos como sujeitos do processo ensino-aprendizagem e como cidadãos. (...) Devem estar fundamentadas nos princípios da pedagogia interativa, na concepção pedagógica crítica e reflexiva, tendo, como eixo central, a participação ativa dos alunos em todos o processo” (COSTA *et al.*, 2001, p. 283-285).

Esta proposta de currículo objetiva que “o aluno tenha formação geral e saiba aprender a aprender, pensar, buscar aperfeiçoamento permanente, avaliar e atualizar-se constantemente. O aluno deve ser capaz de reivindicar, organizar-se, participar e decidir” (COSTA *et al.*, 2001, p. 282). Assim, acredito que a futura enfermeira de saúde coletiva poderá estar mais preparada para construir estratégias de enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde.

Concomitantemente a este processo de propostas de alterações das diretrizes curriculares e de reformas curriculares, em muitos cursos de graduação, mudanças vêm acontecendo na área da saúde, com fortes implicações para a atuação da enfermagem e na sua absorção no mercado de trabalho, em especial, na área de saúde coletiva. Em 1990, a partir da Lei Nº 8.080, como já referido, vem se dando o processo de municipalização da saúde, mediante o qual os municípios passaram a ter a responsabilidade de disponibilizar e gerir os serviços de saúde em nível local, decorrendo a necessidade da contratação da profissional enfermeira para desenvolver algumas das atividades previstas na Atenção Básica da Saúde (BRASIL, 1997a), além da atribuição de supervisionar os auxiliares e técnicos de enfermagem (Art.15 da Lei Nº 7.498/86). Associado a isso, os gestores municipais poderiam assinar um termo de adesão aos PACS e/ou PSF, sendo que, para ser

aceito pelo Ministério da Saúde, o município deveria ter na equipe de saúde a enfermeira (BRASIL, 1997b), ocorrendo, como decorrência destes elementos, um aumento significativo no número de profissionais enfermeiras atuando em saúde coletiva.

A seguir, apresento a trajetória metodológica que empreguei para desenvolver esta pesquisa.

### III-TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A presente pesquisa tem caráter qualitativo, tendo em vista ser um estudo que “se desenvolve numa situação natural, sendo rico em dados descritivos, tendo um plano aberto e flexível, focalizando a realidade de forma complexa e contextualizada” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 18). A pesquisa qualitativa considera o sujeito do estudo como gente, como um ser pertencente a uma determinada condição social e a um determinado grupo social, com suas crenças, valores e significados (MINAYO, 1993). Acredito que este tipo de investigação possibilita ao pesquisador aproximar-se da real compreensão dos dados, considerando o sujeito da pesquisa como um ser pertencente a um determinado contexto social, influenciado por este meio, mas que também o influencia, sendo, portanto, parte de um processo em constante transformação.

Apresento, então, o local onde foi desenvolvido este estudo e os critérios adotados para selecionar os sujeitos. Esta pesquisa focaliza, especificamente, o trabalho de enfermeiras que atuam em municípios da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), situada na região do Planalto Médio do Estado do Rio Grande do Sul, cuja sede está localizada no município de Passo Fundo.

O sistema de saúde no Estado, no que concerne à sua estrutura organizacional, está dividido em dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde. A 6ª CRS compreende 58 municípios, com uma população total de 552.722 habitantes<sup>18</sup>. Esta coordenadoria foi escolhida pelo fato de que já trabalhei em um município de sua abrangência e, a partir dessa experiência profissional, pude conhecer sua estrutura organizacional, bem como relacionar-me profissionalmente com enfermeiras que atuam em diferentes municípios e compartilhar algumas das suas dificuldades vivenciadas ao implementar ações em saúde. Cabe, ainda, referir que os municípios de abrangência dessa coordenadoria de saúde apresentam características distintas com relação ao número de habitantes, distância e condições de acesso ao município-sede, tempo de emancipação e disponibilidade de recursos humanos e físicos (MORETTO, 2001).

No que se refere aos sujeitos desta pesquisa, foram selecionadas enfermeiras que **atuam há mais de um ano** em um município de abrangência desta Coordenadoria, mais especificamente no PACS e/ou PSF. Além desse critério,

---

<sup>18</sup> Fonte: Ministério da Saúde e IBGE. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tacgi.exe?siab/pacto2002/pacrs.def>>. Acesso em: 16 nov. 2002.

considerarei a **análise dos indicadores em saúde** e do **Sistema de Informação de Atenção Básica** (SIAB) desses municípios, bem como a **percepção das responsáveis regionais do PACS e PSF**, com relação às profissionais que parecem estar se destacando na construção de estratégias de enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde.

**O tempo mínimo de atuação** é considerado, neste trabalho, um critério eliminatório por considerar que as enfermeiras que atuam há mais de um ano nos programas de saúde apresentam maior probabilidade de ter experiências e vivências de situações de manifestações de resistência, do que outras que estiverem atuando há menos tempo.

Acredito ser relevante, também, **analisar e considerar os indicadores de saúde**<sup>19</sup> dos municípios da 6ª CRS que possuem implantado o PACS ou PSF, pelo fato de que as enfermeiras, geralmente, apresentam-se comprometidas com o processo de pactuação<sup>20</sup> e o alcance dos índices previstos pela Portaria Nº 723, de 10 de maio de 2001. É importante dizer que, para alcançar os índices previstos e para planejar as ações em saúde futuras, a enfermeira pode analisar os indicadores em saúde dos anos anteriores. A implantação e a implementação das ações visam melhorar metas anteriormente alcançadas<sup>21</sup>.

A seguir, apresento os indicadores de saúde selecionados e analisados nos diferentes municípios da 6ª CRS, a partir da Portaria Nº 723, de 10 de maio de 2001<sup>22</sup>.

a) taxa de mortalidade infantil;

---

<sup>19</sup> Os indicadores de saúde apresentam a função de revelar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma comunidade, apresentando o objetivo de subsidiar a tomada de decisões quanto ao planejamento das ações em saúde.

<sup>20</sup> A Pactuação dos indicadores em saúde é o estabelecimento, para o ano seguinte, de metas e índices que o município se propõe a atingir (BRASIL, 2002). Este processo de pactuação é realizado pelo gestor municipal de saúde com auxílio da equipe de profissionais. Cabe referir que a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba desenvolveu um trabalho, através de oficinas, para os profissionais de saúde e gestores municipais sobre a Pactuação dos Indicadores de Saúde, sendo que, nessa atividade, as enfermeiras tiveram maior representação dentre os profissionais de nível superior, perfazendo 63% (CARVALHO *et al.*, 2000, p. 49). Isso, a meu ver, confirma o comprometimento desta profissional com este processo de pactuação.

<sup>21</sup> Em um determinado ano e município, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil pode ser superior a 30 óbitos em 1.000 nascidos vivos; a partir dessa informação, a enfermeira necessita investigar possíveis motivos desse índice e buscar estratégias para melhorar este indicador de saúde.

<sup>22</sup> É importante esclarecer que, apesar de haver uma Portaria mais atual (Nº 1.121/02), esta análise se baseou na Portaria Nº 723, de 10 de maio de 2001, já que os dados analisados se referem ao ano de 2001.

- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) proporção de partos e abortamentos em adolescentes;
- d) cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de um ano;
- e) cobertura vacinal contra influenza em idosos;
- f) taxa de incidência de tuberculose;
- g) taxa de prevalência de hanseníase;
- h) taxa de internação por acidente vascular cerebral na população de 30 a 59 anos;
- i) visita domiciliar por família/mês;
- j) Consultas médicas;
- k) Concentração de procedimentos coletivos.

Vale dizer que estes indicadores de saúde foram selecionados<sup>23</sup>, dentre outros, por apresentarem as informações mais completas, sendo que os dados analisados correspondem ao ano de 2001 pelo mesmo motivo.

A análise dos indicadores de saúde foi baseada na relação entre o índice alcançado pelo município e o alcançado pelo Estado (Anexo A). Os municípios que alcançaram mais de 50% (seis) dos indicadores de saúde nessa relação com o Estado foram, selecionados: Água Santa, André da Rocha, Barracão, Camargo, Campos Borges, Carazinho, Casca, Ciríaco, Coqueiros do Sul, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Gentil, Ibiaça, Ibirapuitã, Lagoa dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Maximiliano de Almeida, Mormaço, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Pontão, Sananduva, Santo Antônio do Planalto, Santo Expedito do Sul, São Domingos do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Serafina Corrêa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tupanci do Sul, Vanini e Vila Lângaro.

**No que se refere ao SIAB**, é importante explicitar que se trata de um programa de informática que agrega informações referente às famílias atendidas pelo PACS e/ou PSF, gerando relatórios que possibilitam conhecer as características dessa comunidade. Desse modo, destaco dois relatórios gerados por este sistema: o Consolidado de Famílias e a Série Histórica das Informações de Saúde. O primeiro é disponibilizado a partir da digitação do cadastro de cada família

---

<sup>23</sup> A 6ª CRS forneceu o material com os indicadores de saúde dos municípios de sua abrangência.



coberta pelo programa, denominado Ficha A. Cabe, ainda, ressaltar que este cadastro tem que ser alterado sempre que houver alguma modificação nos dados<sup>24</sup>. O segundo relatório é gerado, mensalmente, a partir dos dados repassados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

A análise destes dois relatórios permite verificar se este programa de informática está sendo mantido atualizado, podendo, a partir disso, ser utilizado como instrumento na avaliação e implementação das ações em saúde. Considerei este sistema de informática como um critério de seleção das enfermeiras porque, apesar de não estar estabelecido nas normas dos programas, que a enfermeira seja a responsável pela “alimentação” deste sistema e pela análise dos dados gerados, esta profissional, em muitos municípios, é quem assume e exerce esta função. Faço tal afirmação, a partir de reuniões que tive com as responsáveis regionais pelo PACS e PSF e de conversas informais com as próprias enfermeiras.

O SIAB está implantado em cinquenta municípios da 6ª CRS. Destes, quarenta e quatro foram analisados<sup>25</sup>, já que um estava com este programa suspenso e não foi possível ter acesso aos relatórios de cinco municípios. Após a análise do erro médio<sup>26</sup> dos dois relatórios (Anexo B), calculado através do Programa *Statística 98*, que considerei como aceitável quando inferior a 10%, percebi que muitos municípios não atualizavam suas informações. Por outro lado, doze municípios destacaram-se pela forma organizada como os dados se apresentavam no SIAB, sendo eles: Campos Borges, Casca, Coxilha, Ernestina, Ibiraiaras, Mormoço, Não-Me-Toque, Sananduva, São João da Urtiga, Tunas, Tupanci do Sul e Vanini.

Com relação às enfermeiras de saúde coletiva, que parecem estar se destacando na construção de estratégias de enfrentamento das dificuldades para a implementação das ações em saúde, **as responsáveis regionais pelo PACS e PSF**

---

<sup>24</sup> No Relatório do Consolidado das Famílias, apresentam-se os seguintes dados: número de famílias cadastradas, número de pessoas por faixa etária, número de gestantes, número de pessoas acometidas por alguns tipos de doenças, número de pessoas de 7 a 14 anos que frequentam a escola, número de alfabetizados com mais de 15 anos, número de pessoas que possuem plano privado de saúde, tipo de casa, de abastecimento de água, de tratamento da água no domicílio, destino do lixo, destino das fezes e urina e número de domicílios com energia elétrica.

<sup>25</sup> Análise feita do mês de outubro de 2002.

<sup>26</sup> O erro médio é calculado através da diferença entre as informações (famílias cadastradas, menores de um ano, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e hanseníase) contidas nos dois relatórios do SIAB (Consolidado de Famílias e a Série Histórica das Informações de Saúde). Após esse cálculo, foi realizada a digitação dos dados no Programa *Statística 98*, o qual estabeleceu o erro médio.

destacaram os seguintes municípios em que estas profissionais atuam: Camargo, Carazinho, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Ibiraiaras, Lagoa dos Três Cantos, Mormaço, Não-Me-Toque, Nova Alvorada, Passo Fundo, Sananduva, São Domingos do Sul, Tapera, Vanini e Vila Lângaro.

No Quadro 1, estão expressos: os municípios com PACS e/ou PSF da 6ª CRS; o tempo de atuação da enfermeira nestes programas; os resultados da análise dos indicadores em saúde e do SIAB; além da percepção das profissionais da 6ª CRS com relação às enfermeiras que parecem destacar-se na construção de estratégias de enfrentamento das dificuldades na organização do trabalho, em especial, para a implementação das ações em saúde; e os municípios cuja enfermeira foi selecionada para proceder a coleta de dados, mediante entrevista.

Municípios com PACS e/ou PSF	Tempo de atuação	Indicadores	SIAB <sup>27</sup>	Percepção da 6ª CRS	Município que a enf <sup>a</sup> foi selecionada
Água Santa		☺ <sup>28</sup>	-	-	-
Almirante Tamandaré do Sul		-	-	-	-
Alto Alegre		-	-	-	-
André da Rocha <sup>29</sup>		☺	-	-	-
Barracão		☺	-	-	-
Cacique Doble		-	-	-	-
Camargo	-1	☺	-	☺	-
Campos Borges	+1	☺	☺	-	☺
Carazinho	+1	☺	-	☺	☺
Casca	-1	☺	☺	-	-
Ciríaco		☺	-	-	-
Coqueiros do Sul		☺	-	-	-
Coxilha	+1	-	☺	☺	☺
David Canabarro	+1	☺	-	☺	☺
Ernestina	+1	☺	☺	☺	☺
Espumoso	+1	☺	-	☺	☺
Gentil		☺	-	-	-
Ibiaça		☺	-	-	-
Ibiraiaras	+1	-	☺	☺	☺
Ibirapuitã		☺	-	-	-

<sup>27</sup> Foram analisados dois relatórios, o consolidado das famílias e a Série Histórica das Informações de Saúde, com o objetivo de verificar se estes registros estavam sendo atualizados.

<sup>28</sup> No critério indicador, ☺ significa que o índice do município em relação ao do Estado foi alcançado. Na análise do SIAB, ☺ significa que o município apresenta as informações atualizadas. Quanto à percepção, significa que as enfermeiras que atuam nesses municípios estão demonstrando construir estratégias para implementar as ações. Já, na última coluna, ☺ significa que a enfermeira deste município foi selecionada.

<sup>29</sup> Este município estava com o PACS suspenso, no período de análise.

Lagoa dos Três Cantos	+1	☺	-	☺	☺
Lagoa Vermelha		☺	-	-	-
Lagoão		-	-	-	-
Machadinho		-	-	-	-
Marau		-	-	-	-
Maximiliano de Almeida		☺	-	-	-
Mormaço	+1	☺	☺	☺	☺
Não-Me-Toque	+1	☺	☺	☺	☺
Nicolau Vergueiro		☺	-	-	-
Nova Alvorada	+1	☺	-	☺	☺
Paim Filho		☺	-	-	-
Passo Fundo		-	-	☺	-
Pontão		☺	-	-	-
Sananduva	+1	☺	☺	☺	☺
Santa Cecília do Sul		-	-	-	-
Santo Antônio do Palma		-	-	-	-
Santo Antônio do Planalto		☺	-	-	-
Santo Expedito do Sul		☺	-	-	-
São Domingos do Sul	+1	☺	-	☺	☺
São João da Urtiga	-1	☺	☺	-	-
São José do Ouro		☺	-	-	-
Serafina Correa		☺	-	-	-
Sertão		☺	-	-	-
Soledade		☺	-	-	-
Tapejara		☺	-	-	-
Tapera	+1	☺	-	☺	☺
Tunas		-	☺	-	-
Tupanci do Sul	+1	☺	☺	-	☺
Vanini	+1	☺	☺	☺	☺
Vila Langaro	+1	☺	-	☺	☺

QUADRO 1 – Critérios de Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

Fonte: Fernandes, 2003.

A partir da análise deste quadro, então, foram, inicialmente, selecionados dezessete municípios que atingiram, no mínimo, dois dos critérios e, associado a isso, como já dito, o tempo mínimo de um ano de atuação da enfermeira em um município de abrangência da 6ª CRS, mais especificamente no PACS ou PSF. São eles: Campos Borges, Carazinho, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Ibiraiaras, Lagoa dos Três Cantos, Mormaço, Não-Me-Toque, Nova Alvorada, Sananduva, São Domingos do Sul, Tapera, Tupanci do Sul, Vanini e Vila Lângaro. Cabe dizer que, nos municípios com mais de uma enfermeira atuando nos programas, realizei a entrevista com a coordenadora municipal do(s) programa(s).

Apresento, então, como se deu o processo de entrevista para a coleta de dados, bem como o seu método de análise. Optei pela entrevista, pois este método “tem a vantagem essencial de que são os mesmos atores sociais que proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas, coisas que, pela sua própria natureza, é impossível perceber de fora. Ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida para falar sobre tudo aquilo que pensa e sente do que tem experimentado” (LEOPARDI *et al.*, 2001, p. 202).

Empreguei a entrevista do tipo semi-estruturada que se caracteriza por um tipo de instrumento no qual o pesquisador

parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e em seguida, oferece um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1990, p. 146).

O convite, para participar desta pesquisa, foi feito através de um contato prévio por telefone. Nesta oportunidade, a entrevistada foi informada sobre o objetivo geral do estudo, a importância da sua participação e a possibilidade de aceitar participar ou não do estudo. As enfermeiras convidadas demonstraram grande interesse em contribuir com a pesquisa, sendo que elas definiram o dia, o horário e o local de sua preferência. Uma delas agendou em sua própria casa, após o expediente de trabalho; outra preferiu realizar no intervalo do almoço, na unidade de saúde onde trabalha e as demais foram entrevistadas no horário de atendimento ao público, na unidade de saúde, sendo que em nenhum momento as entrevistas foram prejudicadas por interrupções.

No momento da entrevista propriamente dita, entreguei o convite (Anexo C) e, novamente, ressaltai o objetivo do trabalho, garantindo o anonimato dos sujeitos. Solicitei, também, autorização para proceder a entrevista com o sujeito participante, bem como para usar o gravador. O gravador “dá ao pesquisador a certeza de que terá a reprodução fiel e na íntegra da fala, evitando, assim, riscos de interpretações equivocadas. Possibilita, também, que fique atento à fala do entrevistado, fazendo intervenções, quando necessário” (LEOPARDI *et al.*, 2001, p. 204). Ainda, com relação ao uso do gravador, Triviños (2001, p. 86) salienta que a “gravação permite a transcrição da entrevista. Possuir o texto escrito da entrevista torna muito mais fácil trabalhar em todo o processo descritivo, analítico e interpretativo do material reunido”.

Cabe, ainda, dizer que, antes da realização da entrevista, foi solicitado aos participantes da pesquisa que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), depois de cada entrevistada estar “plenamente esclarecida sobre todo o processo” (VIEIRA; HOSSNE, 2001, p. 22).

A entrevista enfocou as dificuldades vivenciadas pela enfermeira com o gestor municipal de saúde, com a comunidade e com a equipe de saúde para a implementação das ações em saúde, bem como as estratégias construídas para

enfrentar tais dificuldades (Anexo E). Primeiramente realizei duas entrevistas, com o intuito de confirmar se os objetivos da pesquisa estavam sendo alcançados com o instrumento proposto. Após a transcrição e digitação destes dados, estes foram analisados e algumas alterações foram realizadas no instrumento de coleta, sendo necessário retornar a estas duas enfermeiras para aprofundar algumas questões. Esta etapa foi fundamental, pois possibilitou que verificasse quais os tópicos que necessitavam ser mais explorados, além de permitir que outros fossem abordados e, ainda, levantou subsídios para as próximas entrevistas, permitindo que novas “direções” fossem tomadas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Apesar de terem sido selecionadas dezessete enfermeiras, entrevistei apenas oito, em decorrência da saturação dos dados, pela crescente repetição de informações, sendo este número considerado suficiente para conhecer algumas das estratégias construídas pelas enfermeiras no enfrentamento das dificuldades vivenciadas para a implementação das ações em saúde. Destaco, também, no entanto, que procurei entrevistar enfermeiras que atuam em municípios de diferentes micro-regiões da 6ª CRS, as quais, provavelmente, podem enfrentar dificuldades adversas, pois as Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado estão em processo de regionalização dos serviços de saúde, ou seja, os municípios estão se organizando em micro-regiões, visando estruturar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de média e alta-complexidade, sendo que cada micro-região apresenta dificuldades e facilidades que lhes podem ser peculiares. Os municípios de abrangência da 6ª CRS estão divididos em sete micro-regiões.

Ainda, no início das entrevistas, foram colhidas algumas informações (Anexo F), sendo possível caracterizar os sujeitos desta pesquisa. No que se refere à sua idade, oscila entre 26 a 46 anos. O tempo de formação varia de 1 ano e 6 meses a 19 anos e a maioria realizou sua graduação em Enfermagem na Universidade de Passo Fundo. Com relação a cursos de pós-graduação, 87,5% das entrevistadas possuem, pelo menos, uma especialização e, dentre estas, duas estão concluindo e outras duas apresentam duas especializações; os cursos de especialização realizados pelas enfermeiras se concentram na área de saúde coletiva. Já no que se refere à questão salarial, as enfermeiras recebem, em média, 7 salários mínimos<sup>30</sup>, sendo que o de maior valor é de 8,3 salários e o de menor valor corresponde a 4,7

---

<sup>30</sup> Atualmente, o salário mínimo equivale a R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais).

salários; cabe destacar que a enfermeira que recebe o menor salário atua no PACS. Quanto ao programa em que atuam, duas enfermeiras integram a equipe do PACS e seis a do PSF. A forma de contratação das enfermeiras entrevistadas se encontra assim distribuída: três são detentoras de cargo de provimento efetivo (concursadas), uma é contratada por tempo determinado (contrato emergencial) e quatro são contratadas através de empresas prestadoras de serviços (serviço público terceirizado).

Para garantir o anonimato das enfermeiras, cada uma delas, ao final da entrevista, escolheu um pseudônimo a partir da seguinte questão: Como você definiria, em uma palavra, você e o seu trabalho na equipe de saúde que implementa as ações em saúde deste município? Esta questão gerou reflexões, minutos de silêncio, expressão de sentimentos com relação à profissão, choro, suspiros, sendo que uma enfermeira me pediu para ligar dois dias depois, pois no momento não estava conseguindo definir. A partir dessa questão, os pseudônimos escolhidos foram os seguintes: **Colega, Competente, Força, Construtiva, Essencial, Dedicada, Parceira e Base.**

Assim, imediatamente após cada entrevista, realizei sua transcrição e digitação, sendo que as entrevistas tiveram uma duração média de 1 hora e 15 minutos. O trabalho de análise dos dados foi iniciado ainda no período de realização das entrevistas, quando o seu conteúdo foi lido, relido e anotações foram feitas à margem deste conteúdo, visando aproximar idéias, conceitos, ou seja, iniciar a categorização dos dados e, gradativamente, aprofundar sua análise e interpretação com auxílio do referencial teórico.

Segundo Lüdke e André (1986), a primeira etapa da análise dos dados é a construção de categorias descritivas, sendo que o referencial teórico fornece a base para essa classificação inicial dos dados. No entanto, para chegar a essa categorização, é necessário, primeiramente, fazer “leituras sucessivas para possibilitar a divisão do material em seus elementos componentes, sem, contudo, perder de vista a relação desses elementos com todos os outros componentes” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 48). Dizem, ainda, que a codificação dos dados pode auxiliar na classificação, podendo ser utilizados números, letras ou outras formas de anotações que permitam reunir, numa etapa posterior, os componentes similares.

Os dados foram, inicialmente, organizados em oito categorias, mas, conforme a análise foi se aprofundando, estabelecendo-se novas aproximações e relações,

resultou, ao final, quatro categorias. Neste processo, procedeu-se à discussão teórica do tema abordado, ultrapassando a etapa de descrição dos dados. Para tanto, o pesquisador deve abstrair-se e ultrapassar os dados, na tentativa de estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações sobre o assunto em estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Após realizar a sustentação deste estudo, tenho o compromisso ético de retornar os achados à 6ª CRS, aos sujeitos do trabalho, bem como publicá-lo em revistas de circulação no âmbito da enfermagem e divulgá-lo em eventos científicos.

Dando continuidade, apresento o capítulo de análise dos dados, o qual explicita quatro categorias, as quais expressam algumas das estratégias construídas pelas enfermeiras de saúde coletiva no enfrentamento das dificuldades vivenciadas para a implementação das ações em saúde.

#### **4. ENFERMEIRAS CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE**

No processo de implementação das ações em saúde, a enfermeira, que atua na rede básica, vivencia, no seu cotidiano profissional, diversas dificuldades relacionadas ao trabalho, à sua organização, à administração pública, à equipe de trabalho e à comunidade.

Diante da necessidade de enfrentar tais dificuldades, constrói estratégias, entendidas, neste trabalho, como exercício de poder. O poder “é luta, afrontamento, relação de força, situação estratégica. Não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa” (MACHADO, 2002, XV). O poder não é privilégio da classe dominante, mas é o efeito do conjunto de suas posições estratégicas (DELEUZE, 1991).

Assim, neste capítulo, apresento algumas estratégias construídas pelas enfermeiras de saúde coletiva no enfrentamento de dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde, que, como uma rede, poderiam interpenetrar-

se, mas que foram assim organizadas: **“Reunião de Equipe como Estratégia de Organização do Trabalho”**; **“Prática Dialógica como Estratégia de Cuidado de Si e dos Outros”**; **“A legislação como Instrumento de Construção de Espaços de Resistência”** e; **“A Comunidade Exercendo Poder na Implementação das Ações em Saúde”**.

Inicialmente, trago o que denominei de *“Reunião de Equipe como Estratégia de Organização do Trabalho”*.

#### **4.1 REUNIÃO DE EQUIPE COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Para os sujeitos desta pesquisa, as reuniões de equipe são consideradas uma **prática essencial no processo de implementação das ações em saúde, pois favorecem o diálogo entre os profissionais, possibilitam o planejamento, a avaliação e a divulgação dos resultados das ações, permitindo a tomada de decisões coletivas. Além disso, viabilizam a reflexão, a discussão e a resolução de problemas, a reivindicação coletiva, o trabalho intersetorial e a educação continuada**, apesar desta, ainda, não ser realizada na maioria dos municípios em que as enfermeiras entrevistadas trabalham. Diante da relevância da realização das reuniões de equipe para a implementação das ações em saúde e das dificuldades para sua realização, as enfermeiras lutam e resistem para garanti-la como uma estratégia de organização do trabalho.

Para Anselmo e Gomes (2001, p. 37), “as reuniões podem ser definidas como um método racional de tratar os problemas, orientar e informar, obter sugestões, dados e envolvimento das pessoas nos assuntos de interesse comum”, sendo fundamentais porque “oportunizam *brainstorming*, socialização do conhecimento,



planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais acertadas” (DALL’AGNOL; MARTINI, 2003, p. 90). Assim, as reuniões proporcionam aos profissionais da saúde a oportunidade de

refletirem sobre a prática desenvolvida, amenizar a divisão e a falta de articulação entre os trabalhos que são realizados na unidade, avaliar a qualidade das ações de saúde desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde, socializar o direito de opinião sobre a organização do serviço, elaborar planos, desenvolver a capacidade de iniciativa e de criatividade, discutir os problemas identificados e buscar alternativas para a melhoria dos serviços (DANTAS *et al.*, 2001, p. 62).

Ao falar de reunião de equipe, parece necessário esclarecer que equipe pode ser entendida como um conjunto de pessoas que realizam um determinado trabalho, mesmo que separadamente, mas com objetivos comuns, pois “a unidade não vem do fato de todos, pessoas e setores de uma instituição, realizarem as mesmas ações, mas de todos caminharem na mesma direção” (GANDIN, 1994, p. 126). Para tanto, necessita apresentar as seguintes características: seus membros têm um compromisso com as metas e objetivos da equipe; há um interesse de cada membro pelo bem estar dos demais; seus membros enfrentam os conflitos, ao invés de ignorá-los; encaram as diferenças de pensamento como algo positivo e, potencialmente, capaz de trazer benefícios à equipe; sabem ouvir uns aos outros; todos têm iguais possibilidades de expor suas idéias; não tomam decisões importantes, de forma individual; fazem avaliações periódicas do desempenho em equipe para que todos saibam o que está bom e o que pode e precisa ser alterado; e a equipe comemora suas realizações (ROBBINS; FINLEY, 1997, p. 126-128). Assim, a reunião de equipe é um espaço que favorece a interação e a integração entre os participantes<sup>31</sup> e, conseqüentemente, que o trabalho seja planejado e realizado em equipe.

No cotidiano de trabalho, geralmente, não se tem tempo para conversar e trocar experiências com os demais integrantes da equipe de saúde. Por isso, **a reunião é uma estratégia que favorece a realização de ações fundamentais para a implementação das ações em saúde:**

---

<sup>31</sup> Os participantes das reuniões, em sua maioria, são os profissionais que atuam nos serviços previstos pela Atenção Básica a Saúde, sendo eles: enfermeira, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, médico, dentista, além do motorista, recepcionista, auxiliar de serviços gerais. Em alguns serviços, a equipe, ainda, é composta por psicóloga e assistente social. Na maioria dos municípios, o secretário de saúde participa das reuniões mediante solicitação de sua presença.

A gente pode **ver o que os outros profissionais pensam**, às vezes, a gente não tem contato direto com eles (...) através das reuniões a gente poderia melhorar o relacionamento entre os profissionais (Essencial).

A reunião favorece a **discussão coletiva** sobre alguns assuntos, tendo a oportunidade de tratá-los sob diferentes pontos de vista, o que possibilita que as melhores decisões sejam tomadas. Para tanto, a reunião deve pautar-se numa “comunicação autêntica e transparente, com menores possibilidades de falhas na sua realização, uma vez que todos os membros da equipe estariam presentes com igual possibilidade de falar e ouvir, tornando comuns os pensamentos e sentimentos, trocando idéias e definindo estratégias” (ANSELMO; GOMES, 2001, p. 61). Assim, a prática de reuniões de equipe representa a conquista de um espaço de aprendizagem e construção, no qual ocorrem trocas de saberes, experiências, qualificando/aperfeiçoando o trabalho, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

No processo de implementação das ações em saúde, é imprescindível a avaliação das ações executadas. No entanto, a sobrecarga de trabalho, na maioria das vezes, não permite que o desejado e, por vezes, o proposto e planejado, seja alcançado. Assim, a reunião viabiliza que a **avaliação das ações seja realizada de forma participativa e construtiva**, como se verifica nas seguintes falas:

Na reunião semanal, as equipes discutem as suas ações desenvolvidas durante a semana, as **avaliam e planejam** como se pode melhorá-las (Construtiva).

Discute sobre o rendimento da semana, o que está acontecendo de diferente e o que poderia ser melhor. (...) Cada **profissional fala sobre os seus problemas e a equipe verifica como podem ser resolvidos** (Dedicada).

A gente tentava, nas reuniões de equipe, **descobrir o porquê as pessoas não estavam participando**; o grupo de hipertensos e diabéticos antes não estava funcionando, porque já tinha sido marcadas várias reuniões e eles não participavam. Então, a gente procurou avaliar o motivo e buscar uma forma de fazer com que eles participassem (Força).

A avaliação é uma etapa do planejamento, assim como a elaboração e a execução, sendo que nesta se julga a realidade para mudar o que não esteja de acordo com o ideal (GANDIN, 1994, p. 115). O planejamento apresenta dois níveis: o operacional e o político (estratégico). O primeiro é o planejamento do “como” e do “com quê” fazer, já o segundo, é o planejamento do “para quem” e do “para quê”. O

planejamento “político desencadeia coerentemente o operacional e este realiza as propostas elaboradas no político” (GANDIN, 1994, p. 36). Assim, ao realizar o planejamento das ações em saúde, é fundamental que os profissionais considerem a população a qual se destina a ação, os objetivos dessa ação, de que maneira estes vão ser alcançados, bem como os recursos necessários para a sua realização. Desse modo, as reuniões de equipe podem representar, aos profissionais, um espaço imprescindível para realizarem o **planejamento coletivo** das ações em saúde que pretendem implementar.

Neste sentido, cabe destacar um relevante aspecto a ser considerado no planejamento e avaliação de uma ação: a participação da população alvo. Se uma atividade em saúde não está tendo uma participação satisfatória, a equipe precisa fazer alguns questionamentos, tais como: quais os fatores que podem estar prejudicando a participação das pessoas? Quais as estratégias que podem e devem ser utilizadas para que as pessoas participem? Qual o interesse da população nas ações pretendidas? Qual a sua necessidade?

A reunião pode ser, ainda, uma estratégia da enfermeira para **comprometer os demais profissionais com a implementação das ações em saúde**, pois, ao serem tomadas decisões em conjunto, os participantes procuram reunir as melhores alternativas para atingir os objetivos almejados, além de terem maiores possibilidades de compreender os resultados obtidos (ANSELMO; GOMES, 2001):

Eu tento colocar nas reuniões assim: ‘há, gente **eu cansei. Vocês têm que me ajudar**, vamos lá’ (Dedicada).

Tu podes colocar o objetivo de um determinado programa, qual a meta que tem que ser atingida, o porquê que você está implementando, o porquê do município aderir ao programa. Se tu conseguires passar isso para a equipe, eu acho que todo mundo veste a camiseta; experiência própria. (...) **Portanto, se tu sentares e colocar o objetivo do que está sendo implantado, qual a meta que se tem que atingir, numa linguagem que todo mundo se sinta parceiro, que tem que trabalhar juntos, tu consegues** (Parceira).

No primeiro depoimento, fica evidente que a reunião é um espaço que favorece a liberdade de expressões e o diálogo entre os profissionais, sendo possível à enfermeira referir seus sentimentos, angústias, desejos e solicitar, aos demais profissionais, um trabalho, realmente, em equipe. Já no segundo, a enfermeira aponta uma maneira de conduzir a reunião, a qual se pauta no esclarecimento dos profissionais quanto a um determinado programa de saúde, os

objetivos e metas a serem atingidas, fazendo com que a equipe se sinta envolvida e procure as melhores alternativas para atingir as metas propostas.

Dall'agnol e Martini (2003, p. 92) baseando-se em Régnier (1976)<sup>32</sup>, referem que as reuniões podem ser, didaticamente caracterizadas, quanto ao espaço de fala e ao poder decisório, como: comunicativas, quando ocorre a transmissão de um aviso, o esclarecimento de um fato ou problema e, portanto, o grupo escuta; normativas, quando se transmite uma ordem, mas o grupo pode solicitar esclarecimentos; consultivas, quando se pede a opinião do grupo sobre um determinado assunto; e deliberativas, ao se delegar ao grupo a decisão.

Acredito, com base na minha experiência profissional, que, na rede básica de saúde, o tipo de reunião está fundamentalmente relacionado com a pauta. Assim, quando o assunto a ser tratado é uma determinação do Ministério da Saúde com relação ao desenvolvimento de uma campanha, mesmo que esta não seja uma atividade necessária para um determinado município, mas que precisa ser realizada, pois tem metas a serem atingidas e a data já foi marcada, está se falando de uma reunião que se caracteriza como comunicativa ou normativa; esta, geralmente, é extraordinária, e as profissionais são convocadas em função do pouco tempo dispensado para a sua organização. A reunião, ainda, pode se caracterizar como consultiva e/ou deliberativa quando a ação proposta exige planejamento e a busca de estratégias no coletivo para alcançar as metas. Portanto, o tipo de reunião vai depender da pauta e também, a meu ver, das características individuais dos participantes.

As reuniões possibilitam que os profissionais **reivindiquem coletivamente melhorias nas condições de trabalho**, como se observa a seguir:

*Na reunião, foi chamado o vice-prefeito e foi colocado para ele, além de já ter sido colocado para o secretário de saúde, que não resolveu muita coisa. Acabamos chamando o vice-prefeito e **colocamos para ele a necessidade de ter uma sala para a enfermagem**, daí ele concordou: 'então vamos fazer' (Colega).*

O poder é uma prática relacional (MACHADO, 2002, p. XIV), e como tal pode-se manifestar através de lutas e manifestações de resistências dos profissionais diante, por exemplo, da precariedade de infra-estrutura dos serviços públicos de saúde, prejudicando a implementação das ações em saúde. É importante ressaltar

---

<sup>32</sup> RÉGNIER, R. C. **Dirigindo reuniões: teoria e prática**. Brasília: Theauries, 1976.

que, nesse processo de implementação das ações em saúde, é necessário que o trabalho seja planejado e desenvolvido em parceria com profissionais de outras secretarias municipais. Desse modo, a enfermeira, através de reuniões, **articula tais parcerias**, a fim de apresentar possibilidades de soluções mais resolutivas à comunidade:

*Eu reuni as secretarias de obras, educação, agricultura e meio ambiente, para tentar resolver alguns problemas que não são só da secretaria de saúde; envolve outras secretarias, por exemplo, a coleta do lixo (Competente).*

O poder funciona como uma teia da qual ninguém escapa, não havendo limites nem fronteiras (MACHADO, 2002). A enfermeira realiza articulações, não apenas internas no setor da saúde, mas também externas, exercendo forças, mobilizando-se, construindo parcerias com profissionais de diferentes secretarias municipais, favorecendo a participação de diferentes atores na busca coletiva por soluções.

Numa visão foucaultiana, “o poder não existe, o que existe são relações de poder”, as quais estão presentes em todos os espaços sociais (MACHADO, 2002). Então, as reuniões de equipe constituem-se em espaços permeados por relações de poder, nos quais as enfermeiras defendem valores, idéias, saberes, crenças, articulando e articulando-se com os demais profissionais, podendo ter em vista o compromisso com o trabalho em saúde coletiva; ainda, lutam e reivindicam condições adequadas de trabalho, contribuindo, estrategicamente, para a sua organização. As reuniões de equipe também viabilizam o diálogo entre os profissionais, o planejamento, a avaliação de ações e do trabalho intersetorial, fortalecendo o processo de implementação das ações em saúde.

É possível afirmar que as reuniões de equipe constituem-se num espaço de exercício de poder, caracterizando-se como uma estratégia fundamental, pela qual se deve lutar para garanti-la no ambiente de trabalho, pelas possibilidades de construir estratégias de resistência às dificuldades vivenciadas para a implementação das ações em saúde.

#### **4.1.1 ESTRATÉGIAS CONSTRUIDAS PARA GARANTIR A REALIZAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE**

Apesar de todas as vantagens que as reuniões de equipe podem representar para a organização do trabalho e, conseqüentemente, para a implementação das ações em saúde, algumas enfermeiras enfrentam dificuldades para garanti-la como uma prática efetiva, em função da falta de reconhecimento e valorização de sua relevância pela administração pública. De modo semelhante, a comunidade parece priorizar sua necessidade imediata de atendimento, pois provoca freqüentes interrupções durante a realização das reuniões, demonstrando incompreensão quanto à necessidade da equipe de saúde em reunir-se.

Diante da importância que as reuniões de equipe representam para a implementação das ações em saúde, a enfermeira, então, constrói estratégias para viabilizar a sua realização, como exercício de poder expresso nas suas manifestações de resistência contra formas de pressão, submissão e sujeição dos profissionais de saúde a influências externas, no que se refere à organização do trabalho.

A percepção fortemente tayloriana presente na administração pública parece considerar a reunião de equipe como uma prática improdutiva e de perda de tempo, conforme as enfermeiras entrevistadas. Mesmo com os avanços tecnológicos, muitos serviços de saúde ainda apresentam uma organização que enfatiza a padronização das atividades, aumento da produtividade e economia de tempo e esforço (CHIAVENATO, 1997). Deste modo, as reuniões, ainda, podem representar, para a administração pública, diminuição no número de procedimentos realizados, o que pode ocorrer devido à falta de visualização dos seus possíveis efeitos benéficos a médio e a longo prazo. Diante disso, as enfermeiras estrategicamente apresentam os resultados positivos que essas reuniões podem trazer para o serviço:

Consegui esclarecer para eles (secretário e prefeito) que diminui o número de consultas, mas não adianta dar atendimento em quantidade e não de qualidade (Colega).

Dall’Agnoll e Trench (1999, 13) sugerem que a reunião tenha uma duração entre 1h30min e 2horas para evitar a fadiga entre os participantes. Na maioria dos municípios, as enfermeiras relataram que a reunião tem, em média, essa duração, sendo realizada em um turno por semana ou a cada quinze dias. Acredito que este tempo usado para uma reunião semanal ou quinzenal não interfira de forma significativa na quantidade de atendimento prestado, porém poderia refletir-se na melhoria de sua qualidade.

A enfermeira, ao apresentar os possíveis reflexos positivos das reuniões nos serviços de saúde, divergindo da visão da administração pública, está manifestando seu modo de pensar, suas crenças, portanto, exercendo poder no ambiente de trabalho. Entretanto, quando a divulgação dos possíveis resultados obtidos através das reuniões de equipe não são suficientes para garantir a sua efetivação, busca outras estratégias, como:

A gente pegava assim: **hoje vai tu**, e diz: ‘ai fulano (secretário) nós temos que fazer reunião de equipe’, **amanhã vai você**. Então a gente foi **batendo na mesma tecla** até que um dia ela disse: ‘ta bom, vamos fazer as reuniões’ (Parceira).

Uma estratégia coletiva de persistência significa exercício de poder, relações de poder, as quais são “móveis, reversíveis e instáveis, nas quais um elemento de resistência lhes é imanente” (ORTEGA, 1999, p. 33).

Outra estratégia que fortalece a luta da enfermeira para que as reuniões sejam realizadas é a sua articulação com outros profissionais vistos com maior prestígio frente à administração pública:

Eu **tenho uma boa aliada que é a médica**; a gente consegue através dela mais coisas. Aqui, eles (prefeito e secretário) têm aquela visão de que a médica é superior aos demais profissionais, colocando a médica lá em cima e a enfermeira aqui embaixo (gestos). Então se a médica falar ‘isso aqui é bom e importante, por exemplo, uma capacitação, uma reunião’, daí, eles concordam. Então ela fortalece. (...) Com o apoio da médica, nós conseguimos fazer as reuniões (Colega).

Assim, “não há poder que se exerça sem uma série de miras e objetivos. Mas isso não quer dizer que resulte da escolha ou da decisão de um sujeito, individualmente” (FOUCAULT, 2003, p. 90), pois “o poder deve ser analisado como algo que circula (...) Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de

alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação” (FOUCAULT, 2002, p. 183).

Muitas unidades básicas de saúde concentram suas ações preventivas e curativas nesse local. Como já referido, pode se tornar difícil realizar a reunião de equipe sem que ocorram interrupções, devido à necessidade dos profissionais prestarem atendimentos de urgência ou emergência<sup>33</sup>, sendo que cada município apresenta uma proposta de organização:

A unidade de saúde permanece aberta, uma pessoa fica atendendo, um auxiliar administrativo ou de enfermagem, enquanto a equipe fica reunida (Força).

Fechamos o posto de saúde, a cada 15 dias, nas terças-feiras, e ficamos reunidos (Base).

É necessário que, no trabalho, seja viabilizado um espaço para as reuniões, sendo que este deve ser “respeitado, valorizado e considerado como elemento fundamental no processo de trabalho, pois, através dele a equipe terá possibilidade de trocar idéias, experiências e refletir sobre a sua prática profissional” (ANSELMO; GOMES, 2001, p. 60).

No entanto, as enfermeiras também enfrentam, como dificuldade para realizar as reuniões de equipe, a falta de colaboração da comunidade, a qual exige atendimento mesmo nos dias e horários destinados a essa prática. Para tentar minimizar estas situações, as profissionais procuram:

Através dos **agentes comunitários de saúde**, informar a comunidade que nas quintas-feiras só serão atendidos casos de emergência (Colega).

As pessoas poderiam ser informadas através do programa municipal de **rádio, pelo jornal e pelos agentes comunitários de saúde**, mas o secretário de saúde não tem interesse (Competente).

A reunião de equipe é um espaço que possibilita à enfermeira liberdade para se expressar, resistir, lutar, afrontar, reagir diante de dificuldades vivenciadas ao implementar as ações em saúde. O profissional, por ser livre, exerce poder nas suas

---

<sup>33</sup> Cabe referir que em alguns municípios, onde as enfermeiras entrevistadas atuam, não possuem hospital, portanto, existe a necessidade de prestar o primeiro atendimento, tanto em casos de urgência, quanto de emergência, na unidade básica de saúde, antes do paciente ser encaminhado para um serviço de referência.



relações. Diferentemente, quando as relações são fixas e “dissimétricas”, com espaços limitados de exercício de liberdade, são exercidas não mais relações de poder, mas de dominação (FOUCAULT, 1987, p. 127).

Numa concepção foucaultiana, no entanto, Lunardi (1999, p. 24) destaca que “não há como falar em ética em estados de dominação”. Assim, para as enfermeiras agirem eticamente sobre as ações dos outros, tentando modificá-las, precisam reconhecer-se como sujeitos livres, dotados de saberes, vontades e desejos, pois “a liberdade é a condição ontológica da ética” (FOUCAULT, 1987, p. 111), sendo que a realização de reuniões de equipe, apesar das dificuldades e forças contrárias, lhes possibilita um agir ético tanto consigo quanto com a comunidade em que atuam.

A seguir, apresento a segunda categoria, a qual denominei de “*Prática Dialógica como Estratégia de Cuidado de Si e dos Outros*”.

## **4.2 PRÁTICA DIALÓGICA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE SI E DOS OUTROS**

As enfermeiras de saúde coletiva, diante das dificuldades enfrentadas para implementar ações em saúde, referiram utilizar ações dialógicas como seu principal instrumento de negociação. O diálogo tem como tema central o “dar conta de si”, o qual “conduz ao cuidado de si, a uma estética da existência” (ORTEGA, 1999, p. 113). As enfermeiras, ao perceberem as condições de trabalho como desfavoráveis para a implementação das ações em saúde e, conseqüentemente, reivindicarem e negociarem para melhorá-las, exercem poder; “onde há poder há resistência e, por isso mesmo esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder” (FOUCAULT, 2003, p. 91).

A negociação é uma prática interativa, essencialmente dialógica, na qual as partes propõem, contrapõem e argumentam, sendo que cada parte traz para a negociação necessidades insatisfeitas que o outro possa atender, bem como

recursos para oferecer (ZAJDSZNAJDER<sup>34</sup> apud BOEHS, 2002, p. 92). **Mediante práticas dialógicas e de negociação com quem representa poder, as enfermeiras vêm conquistando estrutura física adequada para prestar os serviços previstos na atenção básica à saúde, recursos materiais e humanos necessários para implementar as atividades, bem como reajustes salariais de modo a se sentirem mais valorizadas pelo trabalho realizado.** A prática de negociar parece ser essencial no cotidiano do trabalho da enfermeira, pois, diariamente, esta profissional, em diferentes âmbitos, se depara com dificuldades, as quais necessitam ser superadas a fim de garantir o cuidado não apenas do outro, mas, também, de si.

Para Foucault (1987, p. 50), “a prática de si mesmo implica em uma nova ética de relação verbal com o outro”, na qual a enfermeira pode exercitar a “liberdade da palavra”, “falar livremente”, “dizer tudo” como estratégia de resistir às práticas subjetivantes (ORTEGA, 1999, p. 104). A *paresia*, etimologicamente, significa “dizer tudo”, mas mais do que dizer tudo, significa a liberdade<sup>35</sup> daquele que fala, a sua franqueza em dizer aquilo que deve dizer, da forma e do modo que quer dizer e quando reconhece como necessário (FOUCAULT, 1987, p. 98). As enfermeiras, “mediante a *paresia* constituem-se de forma autônoma como agente do dizer verdadeiro. Trata-se de uma técnica de si, de uma *ascese*<sup>36</sup> e de uma prática de liberdade” (ORTEGA, 1999, p. 112). A enfermeira, ao “falar livremente”, ao negociar com a administração pública<sup>37</sup> sobre a necessidade de condições adequadas de trabalho para implementar as ações em saúde, está exercendo poder e agindo eticamente consigo e com os outros, pois o “movimento de forças presente nas relações de poder, só se faz possível em relações estabelecidas entre sujeitos livres, entre sujeitos que têm a possibilidade de resistir e de tentar modificar as relações” (LUNARDI, 1999, p. 23).

---

<sup>34</sup> ZAJDSZNAJDER, L. **Teoria e prática da negociação. Política da negociação.** 2. ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1988.

<sup>35</sup> A partir da concepção Kantiana de liberdade, o seu exercício significa a possibilidade de independência, autonomia em relação às causas que determinam o mundo sensível, tendo o outro como condição que impõe e estabelece limites para o exercício de liberdade de cada homem (KANT, 1995).

<sup>36</sup> Ascese significa o trabalho do indivíduo sobre si, o que “permite ao indivíduo estabelecer uma determinada relação consigo e esboçar diferentes pontos de resistência contra um poder subjetivante” (ORTEGA, 1999, p. 60).

<sup>37</sup> Administração pública, neste texto, refere-se ao prefeito, vice-prefeito ou ao secretário municipal de saúde.

As enfermeiras exercem poder ao resistirem, lutarem, negociarem, utilizando argumentos ou construindo estratégias para agir sobre as ações dos outros atores envolvidos nessa “teia que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar” (MACHADO, 2002, p. XIV), já que o “poder não existe; o que existe são práticas ou relações de poder” (MACHADO, 2002, p. XIV), nas quais as manifestações de resistências estão presentes, sendo estas: “possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder” (FOUCAULT, 2003, p. 91).

Nas relações de poder, “não há uma oposição binária e global entre os dominadores e os dominados, dualidade que repercute de alto a baixo e sobre grupos cada vez mais restritos até as profundezas do corpo social” (FOUCAULT, 2003, p. 90), pois “o poder passa pelos dominados tanto quanto pelos dominantes, já que passa por todas as forças em relação (...) o exercício de poder aparece como um afeto, já que a própria força se define por seu poder de afetar outras forças (com as quais ela está em relação) e de ser afetada por outras forças” (DELEUZE, 1991, p. 79).

Assim, as enfermeiras entrevistadas, como forma de garantir o seu agir ético consigo e com os outros, **negociam com o secretário municipal de saúde uma estrutura física adequada e recursos materiais indispensáveis** para a implementação das ações em saúde, utilizando como argumento os possíveis resultados positivos que os investimentos podem trazer para a comunidade:

Às vezes tu precisas verificar a pressão arterial e tu não tens aonde verificar. O paciente tem que esperar, e muitas vezes, acaba indo embora sem verificar por falta de espaço. (...) Então **uma sala vai ser ampliada e vai ser construída uma sala para a enfermagem** (Colega).

Quando eu comecei a trabalhar aqui, não tinha nem oxigênio no posto, nem medicamentos para atender uma urgência. Comecei a **conversar com a secretária, dizendo da necessidade de ter certas coisas na unidade**, pois o hospital mais próximo daqui fica a 30 Km, e nós precisamos dar o suporte básico à vida. Então, aos poucos, nós fomos conseguindo, agora temos torpedos de oxigênio e algumas medicações (Essencial).

Em muitas Unidades Básicas de Saúde, as condições físicas dificultam a implementação dos princípios do SUS e um melhor acolhimento dos usuários (MORETTO, 2000, p. 668). A escassez de recursos materiais também é uma

dificuldade vivenciada pelas enfermeiras entrevistadas, prejudicando a qualidade do atendimento prestado.

Vale dizer que a *paresia* transmite, diretamente, a verdade<sup>38</sup> (FOUCAULT, 1987, p. 99), mas, para tanto, é necessário que aquele que fala se perceba no que diz, ou seja, que a verdade do que diz pode deduzir-se a partir de sua conduta ou da forma que realmente vive (FOUCAULT, 1987, p. 100). Desse modo, dizer o que se pensa, pensar no que se diz, fazer a linguagem corresponder à conduta, é o compromisso e a base da *paresia* (FOUCAULT, 1987, p. 100).

Falar à margem das formas requeridas e tradicionais (FOUCAULT, 1987, p. 100) pode ser uma opção das enfermeiras, quando, em algumas situações, decidem **negociar diretamente com o prefeito ou vice-prefeito**, já que, segundo elas, alguns secretários de saúde apresentam pouca autonomia na tomada de decisões, falta de capacidade gerencial e de resolutividade, além de apresentarem características de inflexibilidade e de autoritarismo:

É um jogo político. O secretário de saúde não é escolhido por competência, mas por sigla partidária (Dedicada).

Eu acho que o gestor não precisa ser um profissional técnico, mas precisa ser uma pessoa que tenha uma proposta de se empenhar, de aprender, de entender; queira evoluir na questão gerencial, entenda um pouquinho de contabilidade, que saiba trabalhar com recursos humanos (...) tem que ser uma pessoa que realmente seja capaz de fazer gestão (Construtiva).

Outro aspecto a ser referido, é que, a cada quatro anos, há possibilidades da mudança do secretário de saúde, quando se dão as eleições municipais. Frequentemente, o secretário de saúde não é nomeado, pelo prefeito, por sua capacidade gerencial, mas em decorrência de acordos políticos<sup>39</sup>. A enfermeira Construtiva descreve o perfil que entende como necessário a um secretário de saúde, explicitando que quando este não se mostra comprometido, com disposição de aprender e capacidade de gerenciar, opta por não respeitar a cadeia hierárquica, de modo a garantir condições para que as ações em saúde sejam realmente

<sup>38</sup> Para Foucault, a verdade era “entendida como um jogo, o produto contingente de regras mutantes incorporadas em diferentes crenças sociais e práticas” (ORTEGA, 1999, p. 118), sendo um “conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeito específico de poder” (FOUCAULT, 2002, p. 13).

<sup>39</sup> Cabe destacar que, em alguns municípios de abrangência da 6ª CRS, os secretários de saúde não concluíram o ensino fundamental, demonstrando carência na qualificação técnica para gerir as ações e serviços de saúde, sendo que alguns não se dedicam integralmente ao trabalho da secretaria, desenvolvendo atividades paralelas como: agricultura, mecânica, dentre outras.

implementadas. Esta estratégia adotada demonstra que a enfermeira reconhece que o poder pode ser exercido por todos e em todos os lugares, pois as relações de poder são móveis, reversíveis, instáveis (FOUCAULT, 1987, p. 126), “não existindo de um lado os que têm poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados” (MACHADO, 2002, p. XIV). As relações de poder podem ser “encontradas em situações distintas e de diferentes formas”; no entanto, “se existem relações de poder através de todo o campo social, é porque existem possibilidades de liberdade em todas as partes” (FOUCAULT, 1987, p. 126-127).

Porém, quando, apesar da negociação com o prefeito ou seu vice, ainda não garante as condições de trabalho necessárias para implementar ações em saúde, a enfermeira, mediante o diálogo, **constrói novas parcerias com a comunidade:**

Foi retirado da lista básica de medicamentos, o mata-piolho. Daí, o que nós vamos fazer? Descobrimos uma receita de um sabãozinho para o piolho, feito de babosa e outros ingredientes. Então vamos fazer nos bairros. Mas quando a secretaria de saúde não tem verba disponível para a gente comprar os ingredientes, nós **vamos arrecadar com o Círculo de Pais e Mestres das escolas** (CPM). Então a gente divide, a secretaria contribui com algumas coisas e o CPM com outras (Parceira).

Nesta situação, a profissional, além de discutir com a comunidade escolar o enfrentamento da dificuldade relacionada à precariedade de materiais, busca alternativas para superar o problema vivido, garantindo o desenvolvimento das ações em saúde. A enfermeira exerce influências sobre as ações do outro, porém, o abrir-se ao outro não tem a intenção de provocar um estado de bem-estar em si, mas a sua abertura e franqueza advém de um ato de generosidade para com o outro (FOUCAULT, 1987, p. 99-100).

Assim, a enfermeira e a comunidade são parceiras na busca de estratégias que reflitam uma melhor qualidade dos serviços e ações de saúde. No entanto, esta profissional não pode assumir a responsabilidade de melhorar o nível de saúde da população, pois pode “retirar da população a sua condição de liberdade, de sujeito da sua própria saúde, de decisão pessoal de ação, além de poder caracterizar-se como incompetente por não alcançar um propósito que não depende apenas da sua atuação” (LUNARDI, 1999, p. 86). Ainda, não pode “impedir o cliente de decidir, como responsável por si, o que deseja e pretende para si, livremente, ou seja, como pretende alcançar o cuidado de si e da sua saúde” (LUNARDI, 1999, p. 86).

Quanto à remuneração, as enfermeiras entrevistadas referiram que quando esta é insuficiente, pode causar insatisfação no trabalho, apesar de reconhecerem não ser este um elemento fundamental, pois, como se pode observar a seguir, as condições de trabalho quanto a recursos humanos e materiais, constituem-se em um critério significativo para a seleção de um emprego:

As enfermeiras estão buscando mais propostas de trabalho do que somente salário. A gente selecionou enfermeira no início do ano passado, e a grande maioria das enfermeiras entrevistadas, disse: 'o salário tá tudo bem; mas a equipe que eu vou trabalhar, **eu não tenho que correr atrás de médico? Eu tenho realmente auxiliar de enfermagem? Medicamento; o medicamento vai estar lá pra eu usar? Eu tenho material na unidade para fazer o CP (citopatológico) e as minhas consultas de enfermagem? Eu tenho carro para ir na comunidade fazer as visitas domiciliares?**'. Elas estão perguntando mais isso (...) eu percebi que as enfermeiras estão buscando propostas de trabalho (Construtiva).

A satisfação das pessoas no trabalho é orientada, segundo Herzberg, por fatores higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos relacionam-se às condições do contexto de trabalho, sendo eles: "o salário, os benefícios sociais, o tipo de chefia ou supervisão que as pessoas recebem de seus superiores, as condições físicas e ambientais de trabalho, as políticas e diretrizes da empresa, o clima de relações entre a empresa e as pessoas que nela trabalham, os regulamentos internos, etc" (CHIAVENATO, 1997, p. 537), os quais podem evitar a insatisfação no trabalho, mas não consistentemente proporcionar sua satisfação e, quando conseguem, não a sustentam por muito tempo. Já os fatores motivacionais provocam satisfação profissional e estão relacionados com o trabalho em si, sendo eles: o progresso profissional, a realização, o reconhecimento e a responsabilidade (CHIAVENATO, 1997).

Convergindo com Herzberg, as enfermeiras de saúde coletiva referem sentir-se satisfeitas no trabalho quando gostam do que fazem, conseguem ocupar espaços de liberdade e autonomia e o seu trabalho é reconhecido tanto pela comunidade quanto pela administração pública. Aparentemente, condições adequadas de trabalho e salário digno podem evitar apenas a insatisfação. Parece essencial, na prática profissional das enfermeiras, a existência de espaços de liberdade para planejarem, executarem e também para resistirem diante de situações que discordem. No entanto, "os sujeitos não possuem 'o dom da liberdade', assim como não possuem o poder; os homens somente são livres na ação, não antes e nem

depois dela, já que ser livre e atuar, fazer e agir, podem significar o mesmo (LUNARDI, 1999, p. 22).

Ao analisar o prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem, Lunardi Filho (1995) constatou que o trabalho em si da enfermagem possibilita sentimentos de prazer real e concreto; no entanto, a organização do trabalho e, em especial, as condições de trabalho são responsáveis por grande parte do sofrimento dos trabalhadores. Para Rodrigues Filho e Santos (1995, p. 243), as condições de trabalho, as dimensões de autonomia e o salário são alguns dos fatores de sua satisfação, dentre outros, não sendo, portanto, a consequência de um fator isolado, mas da inter-relação de vários.

*Por outro lado, as enfermeiras entrevistadas referiram que o seu trabalho ainda não é valorizado financeiramente<sup>40</sup>, possivelmente em decorrência, principalmente, da falta de reconhecimento do seu trabalho por parte do poder executivo e legislativo. A enfermeira, então, manifesta sua resistência, utilizando-se de sua capacidade de **diálogo, de negociação para reivindicar e lutar por formas de contratação mais dignas e salários mais compatíveis com a responsabilidade assumida no processo de implementação das ações em saúde. Negocia com a administração pública, apresentando os resultados positivos de programas e ações implementados com a sua coordenação e/ou participação:***

Eles sabem de todos os programas que foram implantados aqui, qual é a forma de atuação que eu tenho aqui, como a equipe trabalha agora, porque antes não trabalhava. Então, os **resultados** disso também, por exemplo, a

---

<sup>40</sup> De acordo com os sujeitos desta pesquisa, a falta de reconhecimento financeiro está relacionada com questões históricas e culturais. A própria comunidade, nos municípios com menor densidade populacional, questiona a necessidade de um salário elevado para uma profissional mulher e enfermeira, como se observa neste depoimento: “porque uma mulher precisa ganhar tudo isso?” (Competente). Neste exemplo, fica evidente a força das relações de gênero interferindo na questão salarial, tendo em vista a (des)valorização do trabalho de uma profissional mulher e não do trabalho em si e da sua possível competência. Para Toledo (1981, p. 21), a enfermagem caracteriza-se como uma profissão feminina, por ser constituída, em sua maioria, por mulheres, sendo “subalterna e mal remunerada”, em decorrência de ser uma “extensão do trabalho doméstico e do papel de mãe”, incorporando, de acordo com Pereira e Silva (1997, p. 20), “a invisibilidade histórica de um fazer ‘menor, menos importante’, por isso ‘abaixo’, simbólica e socialmente falando, de outros fazeres”. Também foi referido que o trabalho da enfermagem é, ainda, percebido como um ato beneficente e de caridade e, portanto, seus profissionais não necessitariam ser remunerados como outros. As enfermeiras destacaram ainda outros dois aspectos aparentemente também associados aos baixos salários enfrentados pelas enfermeiras. O primeiro relacionando-se a uma situação vivenciada especialmente em municípios pequenos, em que o prefeito opta por não reajustar o salário da enfermeira, por ter laços familiares com esta profissional, prevenindo possíveis críticas da comunidade; e um outro aspecto apontado é que há maior disponibilidade de enfermeiras para serem contratadas para atuarem na rede básica de saúde, do que outros profissionais com curso superior, o que está relacionado a menores salários.

gente tem média de uso de autorização de internação hospital (AIH) de 45%<sup>41</sup>, o resto a gente acaba devolvendo (...) não só pelas AIHs, mas a gente tem várias outras atividades. (...) Hoje, **eu mostrei para eles a minha capacidade de trabalho e toda a estrutura que foi montada** (Base).

É importante conhecer o que a administração pública e o usuário do serviço esperam do trabalho da enfermeira. Para tanto, a enfermeira precisa “desenvolver a habilidade de relacionar-se politicamente para conquistar espaços sociais, mediante articulações, (...) enaltecendo os serviços ou bens que produz” (ERDMANN, A.; ERDMANN, R., 1996, p. 38). Na rede hospitalar, Pereira (1999, p. 52) observou que as enfermeiras não costumavam divulgar as adequações tecnológicas que faziam no seu cotidiano de trabalho, por considerá-las apenas como um ato criativo e técnico de pouca importância. É possível questionar: qual o candidato que antes das eleições, não divulga suas obras de modo a (re)eleger-se? Assim, “manter-se em evidência, aparecer e aparecer bem é fundamental para vender bem. (...) Para isto, ressalta-se a necessidade do estímulo, do dinamismo, do empenho, da vontade de mostrar os benefícios, expondo/salientando as coisas positivas que se faz” (ERDMANN, A.; ERDMANN, R., 1996, p. 38). Portanto, o marketing pessoal<sup>42</sup> pode ser uma estratégia para tornar o trabalho da enfermeira visível e, conseqüentemente, mais reconhecido e valorizado.

Além da divulgação dos resultados de seu trabalho, a enfermeira utiliza também como argumentos para negociar com a administração pública **o número elevado de horas que dedica ao trabalho<sup>43</sup>, as ações de saúde que desenvolve e sua relevância para o sistema de saúde do município e, em alguns casos, o**

---

<sup>41</sup> Esse número representa o percentual das autorizações de internação hospitalar desse município que estão sendo utilizadas. As ações previstas na atenção básica demonstram resolutividade, não sendo necessário o encaminhamento dos pacientes para internação hospitalar.

<sup>42</sup> “Se você não se autopromover, uma coisa terrível vai acontecer: nada” (autor desconhecido). Cabe dizer que, nesta situação, entendo autopromover-se como sinônimo de divulgação do trabalho realizado.

<sup>43</sup> As enfermeiras entrevistadas integram a equipe do PACS ou do PSF, sendo também responsáveis pela supervisão e orientação dos auxiliares e técnicos de enfermagem (Art. 15 da Lei Nº 7.498/86) que atuam nas unidades de referência de tais programas. Os referidos programas exigem que os profissionais tenham uma contratação semanal de 40 horas. Cabe destacar que, no PACS, a enfermeira é a única profissional com curso superior exigido. Com relação aos demais profissionais com curso superior que trabalham nas atividades previstas pela atenção básica à saúde, estes, com exceção do médico, na maioria dos municípios que as enfermeiras entrevistadas atuam, apresentam, em média, uma contratação de 20 horas/semanais. A enfermeira, em comparação com os demais profissionais, geralmente, permanece um tempo maior na unidade básica de saúde e, conseqüentemente, apresenta maiores possibilidades de conhecer as necessidades de saúde da comunidade.



**número de anos que trabalha no município, associado à sua experiência profissional.** O número de horas de trabalho, as ações desenvolvidas e o tempo de atuação no município são aspectos que comumente favorecem a instrumentalização da enfermeira no que se refere ao conhecimento das necessidades de saúde da população. A enfermeira exerce poder a partir de um saber constituído em sua prática profissional, pois “não há saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (DELEUZE, 1991, p. 48).

Ainda em relação ao processo de negociação salarial, a enfermeira freqüentemente argumenta que, na rede básica de saúde, possui uma **sobrecarga de trabalho**, pois desenvolve diversas ações, tanto de gerenciamento, como assistenciais e educativas:

Como única enfermeira de um município pequeno eu faço um pouco de tudo: a parte da enfermagem, muito da parte burocrática. Várias vezes, a secretária de saúde pede ajuda, então eu ajudo. Tem uma sobrecarga muito grande, tem as agentes de saúde, tem que fazer visitas, compra de material, falta isso, aquilo, então tudo é a enfermeira. O problema que acontece: ‘vai conversar com a enfermeira’, ‘a enfermeira é quem tem que resolver’ (Essencial).

Se por um lado, a sobrecarga de atividades assumidas pela enfermeira é um argumento de negociação salarial, por outro, a ocupação de vários espaços não, necessariamente, constitui-se em uma ocupação política, sendo que seria esta a que lhe garantiria reconhecimento social (SOUZA, 2000).

Um outro aspecto que pode sobrecarregar as enfermeiras de saúde coletiva é a adesão dos municípios aos programas de saúde propostos pelas instâncias estaduais e/ou federais como condição para o recebimento de recursos dessas fontes. Entretanto, apesar desta adesão poder representar aumento no número de atividades desenvolvidas pela enfermeira, é comumente vista, por elas, também, como uma possibilidade de alcançar um reajuste em seu salário. Assim, a **adesão do município ao PACS ou PSF** se reflete em vantagens financeiras, mediante o repasse de recursos tanto da fonte federal<sup>44</sup> quanto da estadual<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> A Portaria Federal Nº 396/2003, reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Cabe referir que o reajuste atual é de 20% em relação aos valores repassados anteriormente. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sas/portarias.htm](http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2003.

Se por um lado, a sobrecarga de trabalho é um argumento utilizado pela enfermeira para negociar reajuste salarial com a administração pública, por outro, é percebida como um fato que prejudica o processo de implementação das ações em saúde, em função do acúmulo de atividades, ocasionando, às vezes, pouco tempo para planejar e avaliar as ações em saúde. Esta sobrecarga de trabalho, segundo as enfermeiras entrevistadas, pode decorrer da insuficiência de recursos humanos, da falta de comprometimento de alguns profissionais com o serviço público e o trabalho em equipe, assim como da própria passividade e aceitação da enfermeira desta problemática.

Lautert (1999, p. 60), em pesquisa realizada com enfermeiras que atuam na rede hospitalar, verificou que a sobrecarga de trabalho dessas profissionais é traduzida pela pressão do tempo, pela falta de colaboração dos colegas e pelo acúmulo de funções, que poderiam ser desenvolvidas por outros profissionais, pois não se tratam de ações privativas a elas; portanto é “a prática de quebra-galho que vai determinar o acúmulo de funções” (LAUTERT, 1999, 57). Assim, a **enfermeira dialoga e argumenta com o secretário de saúde, enfatizando a necessidade da contratação de profissionais** essenciais e previstos legalmente para a atenção básica da saúde. No entanto, a insuficiência de recursos humanos está, geralmente, associada à questão financeira. Por isso, como já referido, a **implantação de alguns programas**, apesar de ser vista como um aumento na sobrecarga de trabalho, é utilizada não apenas como argumento de negociação salarial pela enfermeira, mas também como estratégia para a contratação de mais profissionais:

A **minha esperança é quando a gente implantar o PSF**. Até eu estava digitando o projeto. A minha esperança é que melhore a implementação das ações, porque daí nós **vamos ter um médico oito horas por dia** (Essencial).

A enfermeira ao negociar com representantes da administração pública a implementação das ações em saúde, está exercendo poder, demonstrando que o poder não tem essência, não é atributo, mas uma relação (DELEUZE, 1991, p. 37) que se estabelece entre indivíduos livres, os quais apresentam as mesmas

---

<sup>45</sup> A Portaria Estadual Nº 18/2003, estabelece incentivo financeiro para qualificar a atenção básica à saúde prestada nos municípios através do Programa Saúde da Família. O Art. 2º define o valor do incentivo financeiro para PSF de R\$ 24.000,00 anuais por Equipe de Saúde da Família implantada e de R\$ 48.000,00 anuais por Equipe de Saúde da Família implantada em área exclusivamente indígena. Disponível em: <[www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)>. Acesso em: 22 ago. 2003.

possibilidades de resistir, lutar, afrontar, não sendo uma relação unívoca e unilateral (MACHADO, 2002, p. XV).

A justificativa apontada por alguns secretários de saúde para não contratar profissionais necessários para atuarem na rede básica, não parece ser a falta de recursos financeiros, mas a impossibilidade de fazer investimentos que caracterizem o descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000). De acordo com Anselmi e Nakoa (1999, p. 226), a “sobrevivência econômica dos serviços de saúde é determinada por uma série de condições, tais como: as políticas de saúde, as determinações legais de funcionamento das estruturas, os níveis de financiamento destinados ao setor e a capacidade de ‘governar’”.

Assim, as enfermeiras procuram, de forma criativa, construir estratégias e viabilizar outras **formas de contratação que não representem aumento de investimentos com pessoal:**

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são terceirizados, por uma associação própria que garante carteira assinada, mas não é uma instituição filantrópica. Eles têm um custo a mais de 24%, comparando com uma instituição filantrópica. Eu sentei e fiz os cálculos e discuti com a nossa empresa que terceiriza os demais profissionais e fiz uma proposta: ‘a gente transfere essa terceirização e economiza em 24% com os ACS e vamos contratar o farmacêutico, que felizmente começa segunda-feira (...) Então foi na barganha mesmo, foi na barganha (Construtiva).

O denominado pela enfermeira Construtiva como barganha, o que poderia revestir-se de um caráter pejorativo, na verdade, constitui-se em uma estratégia de negociação baseada em um saber e como “todo o saber assegura o exercício de poder” (MACHADO, 2002, p. XXII), a enfermeira reivindica, argumenta e negocia a contratação de profissionais, a partir de diferentes alternativas e possibilidades. Estratégia nenhuma “poderia proporcionar efeitos globais a não ser apoiada em relações precisas e tênues que lhe servissem, não de aplicação e consequência, mas de suporte e ponto de fixação” (FOUCAULT, 2003, p. 95).

Uma outra estratégia utilizada pela enfermeira para enfrentar a insuficiência de recursos humanos é a **não realização de algumas das atividades previstas como suas na organização daquele serviço:**

Deixar estourar o que está quase estourando, para verem que realmente precisa de alguém (...) É positiva em virtude de saltar aos olhos. O que eu deixei estourar até agora foram coisas pequenas que talvez não tenham repercutido muito, mas isso já mostra para as pessoas que assim não dá.

Tenho deixado estourar um pouquinho mais a parte administrativa, por exemplo, controle de contas, a parte dos planos de aplicação, documentos que têm a obrigatoriedade de entrega ao Estado ou a outro nível de gestão, porque daí sim, entra no CADIN<sup>46</sup> e estoura a conta (Construtiva).

As relações de poder “existem em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que representam o papel de adversário, de alvo, de apoio, de saliência que permite a apreensão. Esses pontos de resistência estão presentes em toda a rede de poder” (FOUCAULT, 2003, p. 91). A não realização de algumas atividades, assim como chegar atrasado ao trabalho, faltar ao trabalho, sair durante as reuniões de equipe sem motivos justificáveis, podem expressar manifestações de resistência dos trabalhadores, com possíveis implicações éticas a serem consideradas.

Ainda no que se refere ao enfrentamento de dificuldades com recursos humanos, algumas enfermeiras destacam a falta de comprometimento de alguns profissionais. Se houvesse comprometimento e engajamento tanto dos profissionais como dos administradores, Lautert (1999, p. 61) afirma que as situações de desgaste das enfermeiras seriam menos freqüentes. Assim, as enfermeiras, primeiramente procuram **dialogar com o(s) profissional(is)** que, na sua opinião, não estão se comprometendo como os princípios do SUS, com a implementação das ações em saúde, em suma, com a saúde da comunidade. Para tanto, freqüentemente utilizam as reuniões de equipe, pois estas favorecem espaços para o diálogo, “falar livremente”, “dizer tudo”. Porém, quando estas tentativas não provocam uma mudança de comportamento dos profissionais, no sentido de reconhecerem o serviço público de saúde como um direito da comunidade, a

---

<sup>46</sup> CADIN significa Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal ou Estadual, sendo, portanto, um banco de dados, onde se encontram registrados os nomes de pessoas físicas e jurídicas em débito para com órgãos e entidades federais e/ou estadual. A Lei nº 10.697, de 12 de janeiro de 1996, que autoriza a criação do Cadastro Informativo do RS, prevê as seguintes pendências passíveis de inclusão nesse cadastro: - as obrigações tributárias vencidas e não pagas há mais de 60 (sessenta) dias e as demais obrigações pecuniárias vencidas e não pagas há mais de 30 (trinta) dias; - **a ausência de prestação de contas já exigível por força de dispositivo legal ou cláusula de convênio, acordo ou contrato**; - a não comprovação do cumprimento de dispositivo constitucional ou legal, quando a lei ou cláusula de convênio, acordo ou contrato exigir essa comprovação. A consulta ao CADIN pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal é obrigatória: - na realização de operações de crédito que envolvam a utilização de recursos públicos; - na concessão de incentivos fiscais e financeiros; - na celebração de convênios, acordos, ajustes ou contratos que envolvam desembolso, a qualquer título, de recursos públicos, e respectivos aditamentos. Disponível em: <[C:\WINDOWS\TemporaryInternetFiles\Content.IE5\0Z4STX2W\Perguntas\\_Freqüentes - CADIN federal.htm](C:\WINDOWS\TemporaryInternetFiles\Content.IE5\0Z4STX2W\Perguntas_Freqüentes_-_CADIN_federal.htm)>. Acesso em: 11 set. 2003.

enfermeira **explicita ao secretário de saúde**<sup>47</sup> **as dificuldades que enfrenta** para implementar as ações em saúde, em decorrência da falta de engajamento de alguns profissionais no trabalho:

Eu conversei com o gestor e foi colocado a seguinte situação para ele: a maior dificuldade com os profissionais médicos é de trabalhar em equipe. (...) Têm médicos que abraçam o SUS de verdade, têm alguns que fingem. (...) O gineco-obstetra é ótimo, mas tem uma **visão um pouquinho contorcida do atendimento pelo SUS**. Ele pensa que o atendimento pelo SUS não precisa ser feito com tanta qualidade como se fosse particular; por exemplo, se tem uma pessoa esperando, mesmo que eu esteja disponível agora para atendê-la, ela pode esperar mais meia hora, uma hora, não tem problema, porque senão ela se acostuma mal. (...) Enquanto o outro médico, a dificuldade é fazer ele **cumprir horário**, se o contrato era de 20 horas, ficava 1 hora de manhã, atendia os pacientes e ia embora (Força).

O “falar franco”, o “dizer tudo” representa um compromisso, constituindo-se num certo pacto entre o sujeito do enunciado e o sujeito da conduta (FOUCAULT, 1987, p. 101). A enfermeira, ao comunicar, para o secretário, os decorrentes prejuízos no atendimento à comunidade e à sua saúde, bem como à sua condição de cidadania, remete o gerenciamento do trabalho coletivo, à sua responsabilidade pública.

É essencial para garantir um agir ético com os usuários do SUS, que a enfermeira não seja conivente com o descaso de profissionais com o sistema público de saúde, comunicando ao secretário de saúde, para que este tenha conhecimento de como o atendimento em saúde está ou não sendo realizado:

Os médicos tentam resistir, mas a gente tenta barrar um pouquinho essa resistência e mostrar para eles que o atendimento tem que ser bom, com qualidade. (...) Eles tiveram que se comprometer: **se são 20 horas, são 20 horas; se são 40, são 40 horas**, e não atender tantas fichas e ir embora (...) Para ele permanecer atendendo na unidade, atendendo no sistema municipal de saúde, ele teria que **participar das reuniões do conselho, com o objetivo de conhecer os princípios do SUS** (Força).

A enfermeira procura demonstrar um compromisso ético com a comunidade, pois luta e cria estratégias para garantir uma assistência baseada nos princípios e diretrizes do SUS, sem desperdício do dinheiro público. Ainda uma outra estratégia

---

<sup>47</sup> Cabe referir que, quanto menor o município em número de habitantes, maiores são as possibilidades de acesso dos trabalhadores de saúde ao secretário municipal de saúde, ao prefeito e ao seu vice, bem como o controle social da população sobre o gerenciamento público pode ser mais acentuado.

adotada para enfrentar a falta de engajamento dos profissionais é a busca da construção de **parcerias junto às Universidades** para implementar as ações:

No ano passado, eu comecei a agilizar uma feira de saúde. **Conversei com a Universidade** de Passo Fundo (UPF) para ver se eles poderiam nos auxiliar com pessoas, porque tu tens uma equipe, mas no momento que tem que ‘remangar’ as mangas, a gente fica sozinha. Então a UPF me auxiliou e foi uma atividade que revolucionou a cidade, foi muito bom (Dedicada).

Mais uma vez, fica evidente que o trabalho da enfermeira extrapola os limites da secretaria de saúde, pois esta profissional busca, dependendo das dificuldades enfrentadas, parcerias com profissionais de outras secretarias municipais, com a comunidade ou, ainda, com outras instituições da comunidade. O trabalho em parceria soma esforços para atingir objetivos comuns, além de viabilizar que profissionais de outros setores e instituições, como as de ensino, contribuam com as questões de saúde da comunidade.

Para finalizar esta categoria, é possível dizer que a enfermeira de saúde coletiva, além de dialogar e negociar com a administração pública uma estrutura física adequada para a realização do trabalho, quantidade suficiente de recursos materiais, reajuste salarial, também enfrenta a sobrecarga de trabalho e a falta de engajamento de alguns profissionais. Assim, constrói estratégias para a contratação de novos recursos humanos e comunica ao gestor o descaso de alguns profissionais com o SUS, procurando não ser conivente com essa situação. Cabe, ainda, destacar que esta profissional busca novas alternativas para implementar as ações em saúde junto à comunidade quando a negociação com a administração pública não parece suficientemente resolutiva.

Dando continuidade, apresento a seguir a categoria intitulada “*A Legislação como Instrumento de Construção de Espaços de Resistência*”.

#### **4.3 A LEGISLAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE RESISTÊNCIA**

Na coleta de dados, foi freqüente a referência das enfermeiras a dispositivos previstos em lei para justificar a adoção de estratégias na tentativa de alcançar mudanças na realidade profissional vivenciada. Assim, demonstraram ser imprescindível **o conhecimento da legislação relacionada ao trabalho em saúde coletiva, como recurso de argumentação e de construção de espaços de resistência, o que viabiliza a luta por melhorias para a sua prática profissional, refletindo, conseqüentemente, na implementação das ações em saúde.**

Nesta categoria, pretendo, então, focar o uso da legislação como instrumento de construção de espaços de resistência para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde.

Cabe destacar, inicialmente, a Constituição Federal de 1988, Art. 196, a qual garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Sendo assim, a saúde pode ser considerada um bem público, o qual deve ser definido, acompanhado e fiscalizado pela população. A participação popular está assegurada pela Lei 8.142/90, a qual possibilita que a comunidade interfira na gestão e na produção de políticas públicas de saúde através dos Conselhos de Saúde<sup>48</sup> e das Conferências de Saúde.

Portanto, a sociedade civil organizada pode atuar na gestão das políticas públicas, atendendo as demandas e os interesses da coletividade (ASSIS; VILLA, 2003, p. 377). Os Conselhos de Saúde vêm possibilitando a origem de uma nova cultura política pautada no diálogo, na contestação e na negociação em favor da democracia e da cidadania, com vistas à diminuição das desigualdades existentes. Esses “espaços de interlocução, articulação entre diferentes atores sociais e de controle social constituem-se, assim, não só num desafio, mas também numa oportunidade no sentido de fortalecimento da sociedade civil e da democratização” (MOCINHO; SAUPE, 2000, p. 511). Vale dizer que os conselheiros de saúde têm a função de avaliar a situação de saúde, formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução das ações em saúde, bem como dos investimentos públicos. Com objetivos semelhantes, a Conferência de Saúde reúne usuários dos SUS, profissionais de saúde, prestadores de serviços e representantes do governo para

---

<sup>48</sup> Os Conselhos de Saúde (Municipal, Estadual, Federal) são órgãos permanentes e deliberativos, constituídos, paritariamente, por representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde, os quais perfazem 50% (cinquenta por cento), sendo a outra metade complementada por representantes dos usuários dos serviços.

também discutir e avaliar a situação de saúde e propor ações para implementar as políticas vigentes.

Deste modo, tanto a comunidade quanto os profissionais da saúde possuem representatividade, legalmente instituída nos **Conselhos e nas Conferências de Saúde**. Sendo assim, as enfermeiras podem e devem participar destes espaços, objetivando reivindicar e defender os seus direitos:

Na **Conferência Municipal de Saúde, uma das deliberações até puxada por mim foi a que se faça o concurso público** nesse ano (...), então a gente tem tentado junto a gestão e também junto aos órgãos de controle social, a conferência e o conselho municipal de saúde. (...) **A gente conseguiu manter esse ano uma representatividade forte da enfermagem dentro do conselho**, pessoas que a gente sabe que vão realmente representar o coletivo e não interesses individuais (Construtiva).

É interessante destacar, no que se refere às modalidades de contratação de profissionais que atuam nos serviços do SUS, o Relatório Final da 10ª e da 11ª Conferência Nacional de Saúde<sup>49</sup>, os quais contemplaram, em uma das suas deliberações, o concurso público como a melhor forma de acesso aos cargos públicos na área da saúde, devendo abranger todas as categorias profissionais e todos os níveis de governo. Diante dessa recomendação, fica evidente que os profissionais de saúde já vêm utilizando esta instância como estratégia de manifestação de resistência, de luta e de exercício de poder na tentativa de garantirem formas de contratação mais dignas.

Cabe referir que as Conferências e os Conselhos de Saúde são espaços de discussões populares, onde os profissionais, participando de forma acessível e

---

<sup>49</sup> Refiro-me ao Relatório Final da 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), porque estas trataram de forma mais efetiva a questão dos recursos humanos para o SUS. A 10ª CNS, realizada em 1996, com o tema: "*SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida*", teve como deliberações: "Gestão e Organização dos Serviços de Saúde"; "Saúde, Cidadania e Políticas Públicas", com questões mais gerais voltadas à qualidade de vida dos cidadãos; "Controle Social na Saúde", que trata da consolidação e da ampliação do poder e da autonomia dos Conselhos de Saúde; "Financiamento da Saúde", com deliberações sobre a origem, a utilização, o controle e a fiscalização dos recursos financeiros do SUS; "**Recursos Humanos para a Saúde**", que dispõe principalmente sobre a política, a administração e a formação da força de trabalho em saúde; e a "Atenção Integral à Saúde", com deliberações que aprofundam e consolidam novas dimensões para a atenção qualificada à saúde através do SUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/conteudo.htm>>. Acesso em: 30 de set. 2003. Em 2000, a 11ª CNS teve como tema central: "*Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social*". Nesta conferência, também ficou deliberado sobre a **Implementação de uma Política de Recursos Humanos** (RELATÓRIO FINAL DA 11ª CNS, 2001, p. 152).



aberta a críticas, favorecem o seu reconhecimento pela comunidade e, até mesmo, sua cumplicidade na luta por melhores condições de trabalho, “incorporando como suas as reivindicações dos trabalhadores que lhes prestam serviços” (SANT’ANNA *et al.*, 1998, p. 88). Ainda, parece pertinente destacar que as manifestações e reivindicações expressam, como referido pela enfermeira Construtiva, necessidades e interesses coletivos.

A partir da concepção foucaultiana de legalidade, Deleuze refere que “a lei não é nem um estado de paz nem o resultado de uma guerra ganha: ela é a própria guerra e a estratégia dessa guerra em ato, exatamente como o poder não é uma propriedade adquirida pela classe dominante, mas um exercício atual de sua estratégia” (DELEUZE, 1991, p. 40). Portanto, apesar da participação dos usuários e trabalhadores de saúde nos Conselhos e nas Conferências de Saúde ser garantida por lei, isto não seria suficiente, se não fosse concretamente utilizado como estratégia de luta para o benefício do coletivo. Neste mesmo sentido, Mocinho e Saupe (2000, p. 512) destacam que “a simples garantia legal de direitos não produz cidadãos. A cidadania deve ser construída no exercício de processos coletivos onde se fundam as lutas pelo reconhecimento e aquisição dos direitos, na garantia de sua implementação pelo poder político”. Assim, através desses espaços democráticos e legitimados de reivindicação e resistência, a enfermeira exerce poder e assegura sua condição de cidadão e de sujeito nos processos de implementação das ações em saúde.

A legislação existente pode constituir-se em instrumento que garante às enfermeiras espaços para resistirem e reivindicarem melhorias tanto para si quanto para a classe, o que pode refletir-se na implementação das ações em saúde, pois, para cuidar dos outros, ontologicamente, é necessário, primeiro, cuidar de si (FOUCAULT, 1987, p. 118). O cuidado de si é entendido como uma prática social e não como um exercício de solidão (LUNARDI, 1999, p. 32), podendo ser reconhecido nos atos de resistência, nas manifestações de contra-poder e luta das enfermeiras frente às dificuldades vivenciadas para a implementação das ações em saúde. Assim, como expressão do cuidado de si, as enfermeiras contratadas através de concurso público<sup>50</sup> buscam conhecer o **Regime Jurídico dos Servidores**

---

<sup>50</sup> É interessante esclarecer que a enfermeira, na rede básica de saúde, pode ser contratada, mediante concurso público, empresa prestadora de serviço (terceirizada, cooperativada), cargo em comissão ou, ainda, por contrato emergencial.

## **Públicos Municipais<sup>51</sup> e lutam por um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)<sup>52</sup>:**

A gente está tentando a **insalubridade** para ver se melhora um pouco o salário (Essencial).

Eu tenho **batalhado pelo Plano de Carreira**, quem tem especialização vai ganhar tanto por cento a mais, quem tem mestrado vai ganhar tanto, quem tem doutorado vai ganhar tanto. Não adianta eu ir lá e brigar por uma função gratificada (FG)<sup>53</sup>, porque eu estou brigando individualmente, mas eu acho que a gente tem que lutar coletivamente por um Plano de Carreira (Parceira).

As enfermeiras, ao buscarem conhecer a legislação, estão instrumentalizando-se para exercer poder nas suas diferentes relações, já que o “saber e o poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder” (MACHADO, 2002, p. XXI) e “não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (DELEUZE, 1991, p. 48).

Vale referir, ainda, que o PCCS é uma estratégia que as enfermeiras estão buscando conquistar, objetivando também garantir, além da sua qualificação profissional, o seu reconhecimento financeiro:

O plano de carreira te incentiva a te aperfeiçoar. Porque a funcionária tem que ter tantas horas aulas de aperfeiçoamento para passar de uma classe para a outra (Força).

---

<sup>51</sup> O instrumento administrativo que prevê os direitos e deveres do servidor público contratado através de concurso ou em cargo em comissão é o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Municipais. Todas as prefeituras possuem uma lei que o institui, mas poucos são os funcionários que procuram conhecer o que ela lhes proíbe e garante.

<sup>52</sup> A elaboração e operacionalização de um PCCS abrangendo todos os trabalhadores em saúde e para todas as esferas de governo, também foi uma das recomendações da 10ª e da 11ª CNS. O PCCS recomendado prevê a admissão por concurso público; restrição dos contratos de emergências a casos especiais, que devem ser regulamentados através de legislação específica; estabilidade no emprego; jornada de trabalho de 30 horas semanais; estímulo ao emprego único e à dedicação exclusiva; **acesso a programas de formação, capacitação, educação continuada e reciclagem**; critérios definidos para a ascensão aos cargos de chefia e direção, garantindo aos servidores efetivos com qualificação, experiência e formação acadêmica adequadas, o acesso preferencial a tais cargos; garantia de isonomia salarial aos servidores nas três esferas de governo; manutenção dos direitos adquiridos; incentivo ao trabalho noturno; incentivo à interiorização. [Disponível em: <www.fiocruz.br/histconferencias/temas10.htm>](http://www.fiocruz.br/histconferencias/temas10.htm). Acesso: 30 de set. 2003.

<sup>53</sup> Função gratificada é instituída por lei para atender a encargos de direção, chefia ou assessoramento, sendo privativa de detentor de cargo de provimento efetivo.

As enfermeiras entrevistadas referiram que sua liberação para participar de cursos de aperfeiçoamento depende também da sua forma de contratação e, principalmente, da percepção do secretário municipal de saúde quanto à relevância ou não da profissional capacitar-se. Neste sentido, o Art. 200 da Constituição prevê que compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, nos termos da lei, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. A 10ª CNS deliberou que “os gestores do SUS devem criar mecanismos de estímulo à participação de todos os trabalhadores em saúde em congressos, seminários, encontros, atividades científicas e cursos de pós-graduação” (RELATÓRIO FINAL DA 10ª CNS, 1997, p. 62). A 11ª CNS destacou a capacitação e a educação continuada dos profissionais do SUS. Quanto à capacitação, “sugere-se que sejam assegurados recursos financeiros (no mínimo 1% do orçamento da saúde), para qualificação e capacitação de recursos humanos em cada esfera de governo, com prioridade a programas aprovados pelo respectivo conselho de saúde” (RELATÓRIO FINAL DA 11ª CNS, 2001, p. 164). No que diz respeito à educação continuada, os três níveis de governo devem “garantir aos recursos humanos em saúde processos permanentes de educação continuada, inclusive sobre os princípios e diretrizes do SUS e conceitos básicos em Saúde Pública” (RELATÓRIO FINAL DA 11ª CNS, 2001, p. 170).

No entanto, as enfermeiras entrevistadas salientam que sua liberação para se aperfeiçoarem caracteriza-se como uma dificuldade vivenciada para implementar as ações em saúde, pois os serviços de saúde constituídos de profissionais não qualificados podem apresentar, conseqüentemente, um atendimento com menor resolutividade, comprometendo a integralidade da atenção.

Cabe destacar que “não há saber neutro. Todo o saber é político” (MACHADO, 2002, p. XXI). Portanto, o conhecimento da legislação possibilita que as enfermeiras argumentem, reiviniquem, resistam e construam estratégias para enfrentar as dificuldades vivenciadas para a implementação das ações em saúde.

Porém, quando os instrumentos legalmente instituídos, como o Conselho de Saúde, a Conferência de Saúde, o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Municipais e o Plano de Carreira, Cargos e Salários, não são suficientes para superar as dificuldades vivenciadas no processo de implementação das ações em saúde, as enfermeiras procuram construir outras estratégias como a elaboração do **Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde:**

No ano passado, em comum acordo com o gestor, com o executivo, **foi criado o Regimento Interno da Secretaria**, que não existia até então. **A gente previu tantas horas de liberação para todos os profissionais de saúde.** Para você ter uma idéia, no ano passado, quando eu comecei a fazer especialização em saúde coletiva, tínhamos eu, uma médica de uma equipe de saúde da família e mais uma enfermeira, nós tínhamos uma liberação de uma semana por mês para fazer a especialização, sem desconto em folha. (...) **O Regimento Interno também organizou o serviço.** Tinha que se colocar os pingos nos is, dizendo: 'esse setor tem essas responsabilidades; esse setor tem essas responsabilidades; os direitos dos profissionais que atuam aqui são esses e os deveres são esses'. Porque imagina você com um pneu furado e não sabe para quem ligar; de quem é a responsabilidade? E estava acontecendo isso (Construtiva).

O Regimento Interno, além de garantir a liberação das profissionais para se qualificarem e progredirem na sua carreira, subsidia e auxilia na estruturação e organização do serviço, definindo as atribuições de cada cargo na implementação das ações em saúde, podendo evitar, conseqüentemente, a sobrecarga de alguns profissionais. Portanto, o Regimento Interno é uma estratégia construída pelas enfermeiras, que viabiliza o seu exercício de poder sobre as ações dos outros, assim como o **Cronograma de Atividades**, o qual também define as ações que serão realizadas, quando e por quem:

Eu **faço um cronograma e daí fica estabelecido**: este mês é um profissional que faz a palestra, no próximo é outro. Mas eu sempre tenho que estar organizando pra ter andamento (Colega).

Conforme Machado (2002, p. XXII), "todo saber assegura o exercício de poder", portanto não apenas o conhecimento das leis, mas sua utilização como estratégia de enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde, dá suporte para as enfermeiras construírem estratégias de resistência diante de situações das quais divergem.

Parece importante destacar que ficou mais evidente o uso da legislação, pelas enfermeiras, para assegurar melhores salários, condições e organização de trabalho, o que de um modo indireto pode repercutir na implementação das ações em saúde à comunidade. Já a utilização do conteúdo das leis para alcançar a efetivação das ações em saúde não se manifestou, tão fortemente. Neste sentido, a atenção à comunidade é esperada e, possivelmente, inquestionável tanto pelos gestores quanto pela comunidade. No entanto, o salário das profissionais,

modalidades de contratação, sua qualificação, dentre outros, pode provocar resistência nestes mesmos gestores e comunidade, requerendo o uso de recursos legais para a sua efetivação.

Assim, as enfermeiras, ao reivindicarem reajuste salarial e/ou outras formas de contratação através do Conselho de Saúde, da Conferência de Saúde ou baseando-se no Regime Jurídico dos Servidores Públicos Municipais e no Plano de Carreira, Cargos e Salários e, ainda, ao elaborarem o Regimento Interno da Secretaria para lhe garantir liberação para se aperfeiçoarem, mediante o exercício de poder, estão assegurando a sua condição de cidadãos para defender os seus direitos. No entanto, quando não existem instrumentos legais que garantam o enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde, as enfermeiras constróem estratégias como o Regimento Interno da Secretaria e o Cronograma de Atividades, os quais também viabilizam a organização do trabalho e uma prática em saúde coletiva que procura se pautar num agir e num fazer ético.

A seguir, apresento a última categoria, denominada “*A Comunidade Exercendo Poder na Implementação das Ações em Saúde*”.

#### **4.4 A COMUNIDADE EXERCENDO PODER NA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE**

A comunidade é fundamental para a implementação das ações em saúde, ao criticar, sugerir e expressar sua opinião sobre como estão ou como, no seu entendimento, deveriam ser prestados os serviços e ações em saúde. Como já referido, a participação popular na gestão pública em saúde, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, é garantida pela legislação. Portanto, a comunidade pode e deve utilizar esses espaços legitimados para reivindicar, resistir e manifestar sua opinião, contribuindo, dessa forma, tanto com a implementação das ações em saúde, quanto com o cuidado de si, pois através do exercício de sua liberdade e autonomia estará, concomitantemente, reduzindo os espaços de governo pelos outros (LUNARDI, 1999, p. 163).

É importante destacar que “o poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce” (FOUCAULT, 2002, p. 175), se disputa, se conquista (MACHADO, 2002); sendo assim, a comunidade exerce poder através da expressão de suas necessidades em relação à saúde, nas lutas e reivindicações dos seus direitos como cidadão, na busca da sua independência e libertação (LUNARDI, 1999). Para isso, no entanto, é necessária a sua participação na priorização das atividades de saúde, no seu planejamento, na sua efetivação e na sua avaliação.

No entanto, as enfermeiras entrevistadas destacaram que a principal dificuldade vivenciada ao implementar as ações em saúde, no que se refere à comunidade, é justamente a sua pequena participação, a sua passividade, o que, às vezes, pode decorrer da sua visão assistencialista em relação às ações e serviços públicos de saúde. As atividades assistencialistas, freqüentemente, estão presentes nas práticas de saúde, “através de relações assimétricas, entre quem tem e dá a quem não tem e recebe” (LUNARDI, 1999, p. 74), pautando-se não em estratégias de convencimento dos usuários, mas em “gratificações” pelas suas manifestações de obediência e aderência ao proposto pelos profissionais de saúde. Assim, os indivíduos são conduzidos conforme os interesses dos outros, sendo negada a sua condição de sujeito da sua existência<sup>54</sup>. Nessas relações de sujeição, submissão e dependência, os usuários deixam outros conduzirem suas ações, podendo significar a “mortificação dos seus desejos, rechaço de si e renúncia ao próprio eu” (LUNARDI, 1999, p. 99), como condição para garantirem um ganho material, como: ticket leite, vale gás, bolsa alimentação, enxoval para o bebê, camisetas de campanhas preventivas, dentre outros. Em decorrência dessa concepção assistencialista, a comunidade, comumente, não participa, de forma efetiva e sem a perspectiva de

---

<sup>54</sup> Foucault denominou de poder pastoral, o poder que se exerce sobre os corpos e as populações (ALVAREZ-URIA, 1987). Este poder individualizante, apresenta três características centrais: “a **responsabilidade** do pastor por todos e por cada um; a **obediência** como um valor a ser atingido e; um peculiar jogo de verdade em torno da **direção de consciência e da confissão**” (CAPONI, 2000, p. 94). Estas relações são denominadas por Caponi como relações de compaixão, as quais se estabelecem entre indivíduos, que se reconhecem e/ou são reconhecidos como desiguais; uns detêm o conhecimento, sendo os responsáveis em conduzir os outros, estabelecendo uma obediência ilimitada, sem espaços para argumentos ou razões. No entanto, é necessária uma transformação, “algo que possibilite que fundamentos éticos divergentes e até opostos possam gerar estratégias e práticas complementares e solidárias”, que “excluem a possibilidade de pensar a assistência em função de princípios que não sejam mandatos ou normas incontestáveis que emergem de um nível ‘superior e onisciente’”, e excluem, também, “a possibilidade de fundar uma prática assistencial sobre princípios que só podem adquirir validade na medida em que são reconhecidos inter-subjetivamente por todos e cada um dos participantes envolvidos nessa práticas” (CAPONI, 2000, p. 95).

outros ganhos, de atividades de promoção à saúde e prevenção à doença propostas, bem como dos Conselhos e das Conferências de Saúde:

É difícil cativar as pessoas para os grupos, eles estão muito assim: 'eu vou se for de graça ou se eu ganho alguma coisa'. Então palestras, eles não participam, é difícil de conseguir, a não ser que eu faça alguma ação que traga algum benefício. Benefício, que eu digo, concreto, que eles enxerguem, que eu dou alguma coisa (Dedicada).

O grupo de hipertensos que iniciou sem entrega de medicamentos levou mais tempo até atingir o número de participantes que a gente idealizava; já o outro grupo que você entregava medicamentos desde a primeira reunião, era uma participação fantástica (...) A comunidade participa quando tem interesses secundários como, por exemplo, bolsa alimentação, vale gás (Construtiva).

Cabe destacar que a administração pública procura, freqüentemente, garantir ações assistencialistas, visto que estas são mais facilmente reconhecidas e valorizadas pela comunidade e, conseqüentemente, podem refletir-se na (re)eleição dos governantes. No entanto, apesar dessas atitudes garantirem uma aparente participação da comunidade, na verdade, reforçam o assistencialismo, pois as pessoas mostram-se presente nas atividades propostas pela expectativa de receber um "outro" retorno material e não, provavelmente por considerarem importantes para a manutenção de sua saúde e/ou recuperação. Ainda, cessadas as benesses e retribuições, comumente, finaliza-se, também, a participação da comunidade nas ações propostas.

É necessário que as políticas de saúde divirjam de uma compaixão piedosa que sustenta a caridade e passe a se pautar na solidariedade, no respeito e no mútuo reconhecimento entre sujeitos iguais (CAPONI, 2000). Para tanto, é preciso "fortalecer os necessitados, em lugar de debilitá-los; possibilitar sua inserção em novas redes sociais, e não estimular seu isolamento; reconhecer neles sujeitos capazes de decisão e diálogo, e não reforçar estratégias de infantilização" (CAPONI, 2000, p. 13).

Assim, os sujeitos desta pesquisa referiram como essencial a **construção de estratégias que viabilizem e estimulem a participação da comunidade nas ações em saúde, considerando sua condição de sujeito e cidadão.**

Para tentar mudar a visão assistencialista da comunidade com relação às ações e serviços públicos de saúde, viabilizando a sua participação não apenas de forma espontânea, mas como seu direito, as enfermeiras entrevistadas referiram

como necessário, primeiramente, uma **mudança de comportamento dos próprios profissionais**, a qual precisa se pautar no engajamento de todos, inclusive do secretário municipal de saúde, que requer priorizar realmente as necessidades de saúde da população e não interesses político partidários. Os profissionais de saúde e a administração pública requerem estabelecer uma relação com os usuários baseada em “relações que reconheçam o homem como homem, não como coisa, ou seja, relações de sujeitos a sujeitos, de profissionais no exercício da sua autonomia com clientes, também, no exercício da sua autonomia” (LUNARDI, 1999, p. 132).

Portanto, para a comunidade participar é imprescindível que ela tenha **acesso às informações** relacionadas aos serviços e ações de saúde oferecidos pela rede do SUS, bem como sobre os possíveis resultados positivos que essas ações podem trazer para a sua saúde, mesmo que a médio ou a longo prazo. Para tanto, as enfermeiras utilizam como estratégia os meios de comunicação disponíveis:

A gente coloca no **jornal, no rádio, damos entrevista no rádio, procuramos esclarecer, apresentamos os resultados de alguma coisa ou ação à população** (Parceira).

Com o decorrer do trabalho, você vai mostrando que pode dar certo, que é bom, aí as pessoas acabam aderindo. Então, no momento que a comunidade vê que aquilo pode dar certo, ela participa. A gente conseguiu fazer com que a população percebesse a importância da sua participação para que as coisas melhorassem. **Então se tu conseguires mostrar, conversar com as pessoas, elas acabam se engajando** (Parceira).

A comunidade está carente de informação sobre seus direitos e dos serviços que pode usufruir, gerando, por sua vez, uma “demanda reprimida na assistência e/ou roteiro indescritível de ir e vir de pessoas perdidas, na busca de assistência, que acabam sendo atendidas no plantão de um hospital” (MORETTO, 2000, p. 667). A informação e o esclarecimento da comunidade podem, ainda, ser veiculadas através da televisão, Internet, folder, materiais didáticos utilizados nas escolas, revistas em quadrinhos e fixação de informações sobre os serviços oferecidos e horários de atendimento, em murais dos serviços de saúde (ASSIS; VILLA, 2003). O poder produz o saber (FOUCAULT, 2002), o qual “implica o saber como a bifurcação, a diferenciação sem a qual ele não passaria a ato” (DELEUZE, 1991, p. 48); sendo assim, a partir do acesso às informações, a comunidade poderá chegar ao conhecimento de ações e serviços de saúde que estão sendo prestados, podendo criticar o atendimento e expressar como gostaria de ser atendida, colaborando para a construção de um sistema de saúde mais equânime, exercendo



sua cidadania (DANTAS, *et al.*, 2001, p. 63) e seu poder no processo de implementação das ações em saúde.

Cabe, ainda, destacar que não basta o profissional de saúde dar informações<sup>55</sup> para os usuários. É necessário que se estabeleça um processo educativo entre eles, no qual o educador em saúde estimula o usuário a perceber, imaginar, estabelecer relações, assim como solucionar os problemas (FIGUEROA, 1997). É imprescindível que os profissionais se comprometam com a democratização do conhecimento em saúde, associando, ao conhecimento científico, o saber popular e os reais interesses da população (MOCINHO; SAUPE, 2000, p. 516). Neste mesmo sentido, Wendhausen e Saube (2003, p. 20) destacam que os “educadores e a população apresentam saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida”. O profissional de saúde, ao “valorizar e respeitar o saber do cliente sobre si, sobre o seu cotidiano vivido, estimula que o seu eu e o que vive no cotidiano tornem-se objeto do seu pensamento, da sua reflexão, fortalecendo o cuidado do seu eu e ampliando o seu auto-conhecimento” (LUNARDI, 1999, p. 140). Desse modo, a educação em saúde baseada na participação e no diálogo entre os diferentes saberes ajuda as pessoas a compreender as causas dos seus problemas e as incentiva a buscar soluções para melhorarem sua qualidade de vida (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003, p. 20).

As enfermeiras, por considerarem de fundamental importância a participação da comunidade nas ações em saúde, utilizam metodologias de **trabalhos que fogem ao modelo tradicional de educação**<sup>56</sup>:

A gente trabalha algum **assunto que elas queiram**, faz uma dinâmica de grupo, leva uma mensagem e depois a gente faz o **artesanato**. Então, foi essa a maneira de chamar as mulheres para vir para essas reuniões e a gente está conseguindo uma adesão muito boa. Tem um grupo de mulheres, em um dos bairros, que já vai completar três anos. Quando chega

---

<sup>55</sup> Existem diferenças entre informação, conhecimento e saber: a informação é um dado que pode ser armazenado num arquivo, num banco de dados, apresentando-se exterior ao sujeito. Já “o conhecimento é o resultado de uma experiência pessoal ligada à atividade de um sujeito provido de qualidades afetivo-cognitivas; como tal, é intransmissível, está ‘sob a primazia da subjetividade’”. E o saber “é uma informação de que o sujeito se apropria”, sendo “também um conhecimento, porém desvinculado do ‘invólucro dogmático no qual a subjetividade tende a instalá-lo’”. O saber é produzido pelo sujeito confrontado a outros sujeitos (...). Pode, portanto, ‘entrar na ordem do objeto’; e torna-se, então, ‘um produto comunicável’, uma ‘informação disponível para outrem’” (CHARLOT, 2000, p. 61).

<sup>56</sup> No modelo tradicional de educação, “o educador é aquele que sabe, portanto é ele quem deve dizer algo, enquanto o educando, não possuindo conhecimentos, é aquele que deve receber passivamente os conhecimentos advindos da autoridade profissional” (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003, p. 21).

as férias, elas ficam furiosas: ‘por que a gente tem que dar um tempinho?’ (...) Montamos uma peça de **teatro** para orientações sobre a prevenção do piolho.(...) Montamos uma outra para o grupo de gestantes (...), na qual são trabalhados os mitos, os tabus (Parceira).

O educador em saúde proporciona um “equilíbrio entre o fundamento do que se ensina e o como é fundamentado para despertar a curiosidade do usuário”, escolhendo e empregando as estratégias educativas que considera mais apropriadas para permitir que o “usuário leve a cabo sua liberdade, (...) em função de sua capacidade de ser” (FIGUEROA, 1997, p. 141).

A partir da visão foucaultina sobre o saber, Deleuze (1991, p. 61) refere que “nunca houve problema quanto às relações entre a ciência e a literatura, o imaginário e o científico ou o sabido e o vivido, porque a concepção do saber impregnava e mobilizava todos os limiares, transformando-os em variáveis do estrato enquanto formação histórica”. As ações de educação em saúde necessitam considerar todos os saberes envolvidos e estimular o diálogo, a argumentação e a negociação entre profissionais e usuários, visando decidirem juntos as melhores maneiras para cuidarem da saúde, sendo que “usuário e profissional devem discutir e se aceitar como indivíduos diferentes e autônomos, porém solidários” (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003, p. 23).

É importante, ainda, que as profissionais “cultivem a ‘paciência histórica’, que reconheçam que os tempos dos vários sujeitos são tempos particulares, já que ninguém chega a lugar algum pelo outro. Mas, a paciência histórica da qual estamos falando não é passiva, pois cria e facilita oportunidade e ‘modos’ de participação” (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003, p. 24). A partir dessa concepção, as enfermeiras constróem estratégias que estimulam a participação da comunidade:

No ano passado, nós fizemos um **planejamento com a participação de seis membros da comunidade**, se fez uma análise da problemática da comunidade (...), a eleição das prioridades foi feita no coletivo da equipe e dos membros da comunidade e depois se analisou cada um dos problemas e o que realmente poderia ser trabalhado (Construtiva).

Para Gandin (1994), no **Planejamento Participativo**, “não é suficiente pedir sugestões e aproveitar aquelas que pareçam simpáticas ou que coincidam com pensamentos ou expectativas dos que coordenam, é necessário que o planejamento se construa com o saber, com o querer e com o fazer de todos” (GANDIN, 1994, p.

136). Especificamente na área de saúde coletiva, o planejamento pode e requer ser realizado pelas pessoas envolvidas, tanto profissionais quanto usuários e administração pública. Planejar é agir de um determinado modo e para um determinado fim, indicado por todas as pessoas; é um processo de construir a realidade com as características que se deseja; é interferir na realidade para transformá-la (GANDIN, 1994, p. 34).

Vale salientar, por vezes, que a pequena participação da comunidade, não parece estar associada à sua visão assistencialista. Diante disso, a enfermeira procura analisar, juntamente com os demais profissionais, os motivos que estão prejudicando a sua participação, sendo detectados alguns problemas, como a falta de recursos financeiros para o deslocamento do usuário até os serviços de saúde. Assim, diante das dificuldades econômicas da comunidade, os profissionais decidem transferir suas ações para as comunidades:

A gente começou a trabalhar **nas comunidades**, com os clubes de mães, atividades de grupo, hipertensos e eles acabaram participando, porque era mais fácil e mais prático para eles. (...) A gente começou a trabalhar com **feiras de saúde nas comunidades**, nas quais **toda a equipe de saúde se desloca para a comunidade**. Esses encontros também possibilitam a integração entre a equipe de saúde e a população (Força).

O povo brasileiro ainda está aprendendo a participar, reivindicar, resistir e defender seus direitos. As enfermeiras vêm construindo estratégias que estimulam a sua participação nas ações em saúde como sujeito crítico, contribuindo, conseqüentemente, para a implementação das ações em saúde e para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O poder em “relação ao saber produz verdade, enquanto faz ver e faz falar” (DELEUZE, 1991, p. 90), sendo que “em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar” (FOUCAULT, 2002, p. 113).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa concepção foucaultiana, o poder é entendido como uma prática relacional, de forças difusas, móveis, (in)visíveis, transitórias, sem local definido, que se disseminam por toda a estrutura social, em que os atores envolvidos têm possibilidades de resistir diante de decisões ou condutas que consideram um desrespeito, tanto a sua condição de cidadão, quanto a dos outros.

A enfermeira estabelece, em seu cotidiano de trabalho, diferentes relações com as demais profissionais de enfermagem, com os outros integrantes da equipe de saúde, assim como com as instituições empregadoras, os pacientes e a comunidade em geral. Nestas relações, freqüentemente, vivencia situações que não concorda, em decorrência de seus saberes, valores e crenças. Especificamente na área de saúde coletiva, esta profissional enfrenta dificuldades para implementar ações em saúde, podendo estar relacionadas ao trabalho, à sua organização, à administração pública, à equipe de trabalho e à comunidade. Diante disso, constrói estratégias, exerce poder, resistindo a práticas opressoras, como condição para garantir um agir ético, tanto consigo, quanto com os usuários do SUS.

O exercício de poder tem toda uma possibilidade de produzir, transformar e melhorar as condições de um determinado contexto social, afastando-se de uma concepção negativa, de força que diz não, que reprime e proíbe (FOUCAULT, 2002). Foucault sugere que se investigue as formas de resistência para “compreender as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos utilizados” (FOUCAULT, 1995, p. 234). Assim, tracei como objetivo desta pesquisa **conhecer as estratégias construídas pelas enfermeiras de saúde coletiva no enfrentamento de dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde.**

A partir de entrevistas com enfermeiras que atuam em diferentes municípios de abrangência da 6ª CRS, foi possível construir quatro categorias, sendo elas: **reunião de equipe como estratégia de organização do trabalho; prática dialógica como estratégia de cuidado de si e dos outros; a legislação como instrumento de construção de espaços de resistência e; a comunidade exercendo poder na implementação das ações em saúde.**

A **reunião de equipe** é considerada, pelas enfermeiras entrevistadas, uma prática essencial no processo de implementação das ações em saúde, pois favorece o diálogo entre os profissionais, possibilita o planejamento, a avaliação e a divulgação dos resultados das ações, permitindo a tomada de decisões coletivas. Além disso, viabiliza a reflexão, a discussão e a resolução de problemas, a reivindicação coletiva, o trabalho intersetorial e a educação continuada.

No entanto, algumas dessas profissionais enfrentam dificuldades para garantir a reunião como uma prática efetiva em seu ambiente de trabalho. Diante disso, constróem estratégias para viabilizar a sua realização como exercício de resistência contra formas de pressão, submissão e sujeição dos profissionais de saúde a influências externas, seja da administração pública, seja da comunidade, no que se refere à organização do trabalho em saúde.

Vale ressaltar que as enfermeiras vêm utilizando a reunião de equipe como uma prática de cuidado de si e dos outros, pois, mediante a sua realização, buscam estratégias para enfrentar as dificuldades vivenciadas ao implementar ações em saúde. Assim, as reuniões de equipe representam um espaço que favorece o exercício de poder, resistências, lutas, negociação com a administração pública, bem como com os demais profissionais de saúde, visando assegurar a organização do trabalho.

As **ações dialógicas** são reconhecidas como o principal instrumento de negociação das enfermeiras para enfrentar as dificuldades vivenciadas, sendo que, mediante práticas com quem representa poder, estas profissionais vêm conquistando estrutura física adequada, recursos materiais e humanos necessários para implementar ações em saúde, bem como reajustes salariais, de modo a se sentirem mais valorizadas pelo trabalho realizado.

A enfermeira negocia com o secretário de saúde, condições estruturais, as quais são indispensáveis para a implementação das ações em saúde, utilizando como argumento os possíveis resultados positivos que tais investimentos podem trazer para a comunidade. Entretanto, quando essa estratégia não garante a concretização de suas reivindicações, decide negociar diretamente com o prefeito ou o seu vice, ou procura, ainda, construir novas parceiras com a comunidade para enfrentar as dificuldades. Portanto, a enfermeira, comprometendo-se com a implementação das ações em saúde, procura exercer poder, não apenas na internalidade, mas também externamente ao setor da saúde.

Considero interessante destacar as estratégias construídas pelas enfermeiras ao reivindicarem formas de contratação mais dignas e salários mais compatíveis, pelo fato de serem dificuldades que enfrentam ao longo de sua história, nas diferentes áreas de atuação. Estas profissionais, então, utilizam-se de sua capacidade de diálogo para negociar com a administração pública, apresentando resultados positivos de programas e ações implementados com sua coordenação e/ou participação, o número de horas que dedicam ao trabalho, ações gerenciais, assistenciais e educativas que desenvolvem, sua conseqüente sobrecarga de trabalho, sua relevância para o sistema de saúde do município e, em alguns casos, o número de anos que trabalha no município, associado à sua experiência profissional. A adesão do município ao PACS ou PSF, se reflete em vantagens financeiras, sendo vista, por algumas enfermeiras, como mais uma possibilidade de alcançar reajuste em seu salário e, por outras, como uma estratégia para contratação de profissionais essenciais e previstos legalmente para a atenção básica de saúde.

Assim, estas profissionais, ao reivindicarem e negociarem melhorias nas condições de trabalho, exercem poder; pois “onde há poder, há resistência e, por isso mesmo, esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder” (FOUCAULT, 2003, p. 91), sendo que “falar livremente”, “dizer tudo” é uma estratégia de resistir às práticas subjetivantes (ORTEGA, 1999, p. 104).

As enfermeiras salientam ser imprescindível o conhecimento da **legislação** relacionada ao trabalho em saúde coletiva, como recurso de argumentação e de construção de espaços de resistência, o que subsidia sua luta por melhorias para a sua prática profissional, refletindo-se, conseqüentemente, na implementação das ações em saúde. Entretanto, não apenas o conhecimento das leis, mas sua utilização como estratégia de enfrentamento das dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde, dá suporte para as enfermeiras construírem estratégias de resistência nas situações das quais divergem, pois a lei “não é o resultado de uma guerra ganha: ela é a própria guerra e a estratégia dessa guerra em ato” (DELEUZE, 1991, p. 40). Cabe referir que, quando não existem instrumentos legais no município que garantam o enfrentamento das dificuldades vivenciadas, as enfermeiras mobilizam energias e esforços coletivos para construí-los.

As enfermeiras entrevistadas destacaram, ainda, que a principal dificuldade vivenciada ao implementar as ações em saúde, no que se refere à comunidade, é a sua pequena participação na priorização das atividades de saúde, no seu planejamento e na sua efetivação, o que, às vezes, pode decorrer de uma visão ainda predominantemente assistencialista em relação às ações e serviços públicos de saúde. Diante disso, estas profissionais procuram construir estratégias que viabilizem e estimulem a participação da comunidade nas ações em saúde, considerando sua condição de sujeito e cidadão. A **participação da comunidade** é fundamental para a implementação das ações em saúde, através de críticas, sugestões e opiniões sobre como estão, ou como, no seu entendimento, deveriam ser prestados os serviços e ações em saúde. A comunidade exerce poder mediante a expressão de suas necessidades em relação à saúde e nas lutas e reivindicações de seus direitos.

É relevante destacar que a comunidade parece ainda não reconhecer ações e serviços públicos de saúde como um direito a ser usufruído. Diante disso, considero como uma estratégia adotada e de fundamental importância, o desenvolvimento de trabalhos, de forma direta ou indireta, com a comunidade, visando fortalecer sua condição de cidadã, o que significa, em outras palavras, o exercício da sua condição de sujeito nas questões que dizem respeito a si, ao seu modo de viver, aos seus deveres e direitos, inserindo-se, aí, as referentes ao seu processo de saúde.

Finalizando, parece evidente, neste trabalho, o comprometimento das enfermeiras entrevistadas com a implementação das ações em saúde e com a saúde da comunidade em que atuam, pois, mediante a construção de estratégias, vêm resistindo diante de situações que não concordam, superando dificuldades vivenciadas nesse processo de implementação, com o intuito de garantir um atendimento baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

Assim, através de reuniões de equipe, ações dialógicas, conhecimento e utilização da legislação e estímulo à comunidade para exercer seu poder no processo de implementação das ações em saúde, procuram agir eticamente, não apenas consigo, mas também com os outros. Então, este trabalho procurou apontar algumas estratégias que as enfermeiras vêm construindo para enfrentar dificuldades vivenciadas ao implementar ações em saúde, pautando-se em manifestações de resistência que parecem apresentar uma justificativa moral e ética para o seu exercício.

É fundamental que esta profissional, em seu cotidiano de trabalho, expresse suas opiniões e idéias, resista, lute, negocie, argumente, exerça poder em suas diferentes relações, assegurando sua condição de sujeito e contribuindo, conseqüentemente, para a conquista de novos espaços para a enfermagem. Para tanto, é necessário que, na sua formação, sejam debatidas questões acerca das relações de poder, das práticas de resistência, cujo exercício pode assegurar um fazer e agir ético na enfermagem.

Nesta pesquisa, certamente, outras respostas poderiam ter sido buscadas e outros caminhos para esta busca poderiam ter sido construídos. Dentre estes, considero que a observação das práticas de enfermeiras de saúde coletiva e das relações que constroem em seu fazer profissional, de modo a identificar suas estratégias de resistência, poderia ter apontado outros achados e contribuições. De modo semelhante, a opção de conhecer a percepção dos secretários da saúde, da comunidade e dos demais integrantes da equipe de saúde sobre as manifestações de resistência da enfermeira, para assegurar a implementação das ações em saúde, poderia trazer um outro olhar e de significativa importância para a enfermagem e a área da saúde; ou a análise das possíveis relações presentes entre a construção de estratégias de enfrentamento pelas enfermeiras e a sua modalidade de contratação, dentre outras.

Porém, acredito que os resultados deste estudo evidenciam algumas das “soluções vencedoras” que as enfermeiras de saúde coletiva vêm utilizando frente às dificuldades vivenciadas no processo de implementação das ações em saúde. Para Foucault, “soluções vencedoras” são estratégias de luta ou mecanismos de ação sobre ações possíveis, eventuais e supostas dos outros, utilizadas nas relações de poder (FOUCAULT, 1995, p. 248).

Assim, destaco que a enfermeira de saúde coletiva vem construindo estratégias que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da comunidade em que atuam e para a consolidação dos princípios da atual política de saúde pública do país. Para finalizar, utilizo-me novamente das seguintes palavras de Foucault, por acreditar que “em todo o lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários,



pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar” (FOUCAULT, 2002, p. 113).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. P. *et al.* **Contribuição do Estudo da Prática da Enfermagem – Brasil.** Ribeirão Preto, [s.d.] (mimeo.).

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1989.

ALVAREZ-URIA, F. La question del sujeto. In: FOUCAULT, M. **Hermenêutica del sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987, p.7-31.

ANSEMI, M. L.; NAKAO, J. R. A Enfermagem no Processo de Gestão Econômica dos Serviços de Saúde: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.2, p.223-232, abr./jun., 1999.

ANSELMO, M. E. O.; GOMES, E. S. **As reuniões da equipe de enfermagem como estratégia de reflexão e ferramenta de gerenciamento da prática profissional**. 20012002. 68f. Monografia (Conclusão do curso de graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2001.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.3, p.376-382, maio./jun., 2003.

BANDEIRA, L.; OLIVEIRA, E. M. Representações de gênero e moralidade na prática profissional de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.51, n.4, p.677-696, out./dez., 1998.

BENNER, P. The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. **Avances in Nursing Science**, v.14, n.2, 1991, p.1-21.

BIRMAN, Joel. Desconstrução da filosofia do sujeito. In: \_\_\_\_\_ **Entre cuidado e saber de si**: sobre Foucault e a psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, p.79-89.

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.1, p.90-96, jan./fev., 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 19 dez. 1949, Seção 1, p.17.517-17.518.

\_\_\_\_\_. Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 13 ago. 1949, Seção 1, p.11.729.

\_\_\_\_\_. Lei nº 2.995, de 10 de dezembro de 1956. Prorroga o prazo que restringe as exigências para instruir matrícula aos cursos de enfermagem, nos termos do parágrafo único do Art. 5º da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, RJ, 10 dez. 1956, Seção 1, p.23.441.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços dos correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p.18.055-18.059.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990, Seção 1, p.25.694-25.695.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996, Seção 1, p.27.833-27.841.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 maio 2000. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao.Nsf/](http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao/Nsf/)>. Acesso em: 30 dez. 2002.

\_\_\_\_\_. Parecer nº 314, de 6 de abril de 1994. Favorável à aprovação do projeto de resolução que fixa os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Graduação de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 nov. 1994, Seção 1, p.17.991.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1994, Seção 1, p.19.801-19.802.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997a. Estabelece o Piso da atenção Básica – PAB e sua composição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997, Seção 1, nº 247-E, p.10-11.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997b. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997, Seção 1, nº 247-E, p.11-13.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 723, de 10 de maio de 2001. Estabelece a relação dos indicadores pactuados no ano de 2001 pelos Estados e Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 maio 2001, Seção 1, nº 92-E, p.191-195. Disponível em: <<http://saude.gov.br/portarias/2001>>. Acesso em: 23 out. 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.121, de 17 de junho de 2002. Dispões sobre o estabelecimento de mecanismos do pacto do indicadores da Atenção Básica 2001 e 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jun. 2002, Seção 1, nº 115, p.30-42. Disponível em: <<http://saude.gov.br/portarias/2002>>. Acesso em: 23 out. 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 396, de 04 de abril de 2003. Dispõe reajuste dos valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 abr. 2003, Seção 1, nº 68, p.94. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sas/portarias.htm](http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2003.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 04, de 25 de fevereiro de 1972. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de Enfermagem e Obstetrícia. Currículos mínimos dos cursos de graduação. 4.ed. Brasília: Conselho Federal de Educação, 1981, p.200-202.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* O pacto dos indicadores da atenção básica: um instrumento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS na Paraíba. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.20, p.46-51, dez. 2000.

CHARLOT, B. O saber e as figuras do aprender. In: \_\_\_\_\_. **Da relação com o saber: elementos para uma teoria**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p.59-76.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 5.ed. São Paulo: Makron Books do Brasil Ltda, 1997.

COELHO, C. C. Gênero e políticas públicas. In: SILVA, A. L. da; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (orgs.) **Falas de Gênero**. Florianópolis: Mulheres, 1999, p.147-159.

COHEN, C.; SEGRE, M. Definição de Valores, Moral, Eticidade e Ética. In: \_\_\_\_\_. **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1995, p.11-22.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Legislação**. Porto Alegre: 1999.

CORRÊA, P.; SILVA, A. L. Categoria de gênero na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.1, p.22-36, jan./mar., 1999.

COSTA, H. O. G. *et al.* Novas diretrizes curriculares para o ensino de enfermagem. In: ARRUDA, B. K. G. de (org.) **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001.

DALL'AGNOL, C. M.; MARTINI, A. C. Reuniões de Trabalho: mais que uma Ferramenta Administrativa, um Processo Educativo. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.12, n.1, p.89-96, jan./abr., 2003.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos Focais como Estratégia Metodológica em Pesquisas na Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem/Escola de Enfermagem da UFRGS**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.05-25, jan., 1999.

DANTAS, T. C. C. et al. A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem / Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**, Salvador: ENF / UFBA, v.14, n.1, p.57-65, abr., 2001.

DELEUZE, G. **Foucault**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DONAHUE, M. P. **Historia de la enfermeria**. Madri: Egedsa, 1993.

ERDMANN, A. L.; ERDMANN, R. H. O marketing e a enfermagem: a conquista de uma imagem encantadora do profissionalismo. **Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.5, n.2, p.35-42, jul./dez., 1996.

FIGUEROA, A. A. Livre vontade do usuário frente à educação em saúde. **Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.6, n.3, p.131-147, set./dez., 1997.

FONSECA, V. S. PENNA, L. H. G. A perspectiva do arquétipo feminino na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.223-232, abr./jun., 2000.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. **Hermenêutica del sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. 8.ed. Petrópolis: Vozes Ltda, 1991.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1995, p.231-249.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 17.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

\_\_\_\_\_. Método. In: \_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 15.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p.88-97.

FRY, S.; REDMAN, B. K. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? **Nursing Ethics**; v.7, n.4, p.360-366, 2000.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo**. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985.

ISKANDAR, J. I. **Normas da ABNT comentadas para trabalhos científicos**. Curitiba: Champagnat, 2000.

JAMETON, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-551, 1993.

JOHANN, J. R. (Coord.) **Introdução ao método científico: conteúdo e forma do conhecimento**. Canoas: ULBRA, 1997.

KANT, I. **Filosofia de la história**. Buenos Aires: Editorial Lisboa, Edições 70, 1995.

KURCGANT, P. (Coord.) **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991.

LAUTERT, L. A Sobrecarga de Trabalho na Percepção de Enfermeiras que Trabalham em Hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem/Escola de Enfermagem da UFRGS**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul., 1999.

LEOPARDI, M. T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LOPES, M. J. *et al.* **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LÜDKE; M. ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira.** 1994. 270 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.

\_\_\_\_\_. **História da enfermagem: rupturas e continuidades.** Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 1998.

\_\_\_\_\_. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral da enfermagem.** Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 1999.

\_\_\_\_\_. Relacionando ética na enfermagem, poder e resistência. In: \_\_\_\_\_. **O uso de Foucault na enfermagem e as possibilidades de “empowerment” para os sujeitos envolvidos.** Relatório Técnico do Estágio Pós-Doutoral: Toronto, 2002, [não publicado].

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem.** 1995. 288f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina.** Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 2000.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 17.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. p.VII-XXIII.

MATUMOTO, S.; *et al.* Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v.17, n.1, p.233-241, jan./fev. 2001.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2.ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.



MOCINHO, R. R. SAUPE, R. A instrumentalização dos conselheiros municipais de saúde como possibilidade de efetivação do controle social. **Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.9, n.2, p.2, p.509-518, maio./ago., 2000.

MOLINA, T. M. **História de la enfermería**. 2.ed. Buenos Aires: Intermédica, 1973.

MORETTO, E. S. **Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade**. Passo Fundo: UPF, 2001.

MORETTO, M. A. Processo ensino – aprendizagem sobre as políticas de saúde. **Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.9, n.2, p.2, p.658-672, maio./ago., 2000.

NASCIMENTO, E. R. do. **Gênero e Enfermagem**. Salvador: [s.e.],1996.

OGUISSO, T. A mulher na força de trabalho: o trabalho da mulher enfermeira. **Revista Enfermagem UERJ**. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: NPE, FENF, UERJ, v.6, n.1, p.309-316, jun., 1998.

ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PACTO DE ATENÇÃO BÁSICA. disponível em  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tacgi.exe?siab/pacto2002/pacrs.def>>. Acesso em: 16 nov. 2002.

PEREIRA, A. **O cotidiano profissional do enfermeiro: das aparências às diferenças de gênero**. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 1999.

PEREIRA, W. R. As Relações de Poder no Universo de Enfermeiras Docentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem/Escola de Enfermagem da UFRGS**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.41-56, jan., 1999.

PEREIRA, W. R.; SILVA, G. B. A mulher, o trabalho e a enfermagem profissional – algumas reconsiderações sob a ótica do gênero. **Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.6, n.1, p.18-32, jan./abr., 1997.

RAGO, M. Movimentos sociais e relações de gênero. In: Universidade Católica de Goiás-Programa Interdisciplinar da Mulher. **Estudo e gênero**. Goiânia: UCG, 1996, p.57-63.

RELATÓRIO FINAL DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/conteudo.htm>> e <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/temas10.htm>>. Acesso em: 30 set. 2003.

RELATÓRIO FINAL DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **O Brasil falando como que ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. A Lei nº 10.697, de 12 de janeiro de 1996. Autoriza a criação do Cadastro Informativo – CADIN/RS – das pendências perante órgãos e entidades da Administração Pública Estadual e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado**, Porto Alegre, RS, 15 jan. 1996, nº 10, p.2-3.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 28, de 18 de julho de 2000. Define a forma de apresentação e análise do Relatório de Gestão Municipal da Saúde e do Plano de Aplicação Anual de Recursos da Municipalização Solidária da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado**, Porto Alegre, RS, 19 jul. 2000, nº 136, p.25-26.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 18, de 14 de maio de 2003. Estabelece incentivo financeiro para qualificar a atenção básica à saúde prestada nos municípios através do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [do] Estado**, Porto Alegre, RS, 19 maio 2003, nº 94, p.38. Disponível em <[www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)>. Acesso em: 22 ago. 2003.

ROBBINS, H.; FINLEY, M. **Por que as equipes não funcionam: o que não deu certo e como torná-las criativas e eficientes**. 9.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

RODRIGUES, M. S. P. De fada e feiticeira à sua imagem atual. A mulher enfermeira: cuidadora, gerente, pesquisadora. **Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.6, n.1, p.104-117, jan./abr., 1997.

RODRIGUES FILHO, J.; SANTOS, S. R. Enfermagem: Fatores de Satisfação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.48, n.3, p.242-250, jul./set., 1995.

SANT'ANNA, A. R.; *et al.* Os profissionais de saúde e os movimentos populares: a construção do processo educativo e do exercício de cidadania. **Revista Gaúcha de Enfermagem/Escola de Enfermagem da UFRGS**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.85-90, jul., 1998.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: LOPES, E. M. T. LOURO, G. L. (org.) **Educação & realidade**. Porto Alegre: v.15, n.2, p.5-22, jul./dez. 1990.

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE. **Normas Técnicas e Operacionais**. Rio Grande do Sul: Departamento de Ações em Saúde, 1997.

SEYMER, R. L. **Florence Nightingale**. São Paulo: Melhoramentos, [s.d.].

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SOUZA, J. G. Autonomia e cidadania na enfermagem. **Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.9, n.3, p.86-99, ago./dez., 2000.

STATSOFT, Inc. (1998). STATISTICA for Windows [computer program manual]. Tulsa, OK: StatSoft, Inc., 2300 14th Street, Tulsa, OK 74104, phone: (918) 749-1119, fax: (918) 749-2217, e-mail: [info@statsoft.com](mailto:info@statsoft.com), Web: <http://www.statsoft.com>

TOLEDO, R. A. G. de. *et al.* **A dominação da mulher: os papéis sexuais na educação**. Petrópolis: Vozes, 1981.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

\_\_\_\_\_. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2.ed. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, v.4, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Normas**: para apresentação de documentos científicos: citações e notas de rodapé. Paraná: Ed. UFPR, v.7, 2001.  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Normas**: para apresentação de documentos científicos: referências. Paraná: Ed. UFPR, v.6, 2001.

VAZ, M. R. C. **O trabalho da enfermeira na rede básica de serviços de saúde – análise de depoimentos.** 1989. 211 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área de saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Martin Claret, 2002.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto.** Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Florianópolis: UFSC, v.12, n.1, p.17-25, jan./abr., 2003.

### Anexo A – Análise dos Indicadores em Saúde

	Indicadores de Saúde <sup>57</sup>										
	Taxa de Mortalidade Infantil <sup>58</sup>	Cobert. Vacinal DPT em > 1 ano <sup>59</sup>	Prop. de partos/ abortos adoles. <sup>60</sup>	Consultas de Pré-Natal <sup>61</sup>	Cobertura vacinal em idosos <sup>62</sup>	Taxa de incidência de Tbc <sup>63</sup>	Taxa de preval. de Hanseníase. <sup>64</sup>	Intern. por AVC de 30 a 59 anos <sup>65</sup>	Visita Domiciliar <sup>66</sup>	Consultas médicas <sup>67</sup>	Concentração. proced. odont. Coleti. <sup>68</sup>
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>15,66</b> (01)	<b>91</b> (01)	<b>20,2</b> (01)	<b>85,7</b> (01)	<b>86,49</b> (01)	<b>29</b> (01)	<b>0,17</b> (01)	<b>10,71</b> (01)	<b>0,12</b> (01)	<b>1,48</b> (01)	<b>0,90</b> (01)
<b>Municípios com PACS e/ou PSF da 6ª CRS do RS</b>											
Água Santa	☺ <sup>69</sup>	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	-
Alm. Tamandaré do Sul	☺	-	-	-	FR <sup>70</sup>	-	-	☺	-	-	-
Alto Alegre	☺	-	-	☺	-	☺	☺	-	-	☺	-
André da Rocha	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺
Barracão	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺	☺	-	-	FR
Cacique Doble	-	☺	-	-	☺	☺	☺	☺	-	-	-
Camargo	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-
Campos Borges	-	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-
Carazinho	-	☺	☺	☺	-	☺	-	☺	☺	-	-
Casca	☺	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	-	☺	-
Ciríaco	☺	-	☺	☺	-	☺	-	☺	☺	-	-
Coqueiros do Sul	☺	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	-
Coxilha	☺	-	-	☺	-	-	☺	-	☺	-	-
David Canabarro	☺	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	-	-	-
Ernestina	☺	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	-	-	-
Espumoso	☺	☺	-	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	-

Gentil	-	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	-	-
Ibiaça	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	☺
Ibiraiaras	-	-	-	-	-	☺	☺	☺	-	-	-
Ibirapuita	☺	☺	-	☺	-	☺	☺	-	☺	-	-
Lagoa dos Três Cantos	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	-
Lagoa Vermelha	-	☺	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	-
Lagoão	-	☺	-	-	-	☺	☺	☺	☺	-	-
Machadinho	☺	FR	-	☺	-	☺	☺	☺	-	-	-
Marau	-	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	-	-	-
Maximiliano de Almeida	☺	FR	-	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	☺
Mormaço	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Não-Me-Toque	☺	☺	-	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	☺
Nicolau Vergueiro	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	-
Nova Alvorada	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	-	-
Paim Filho	☺	FR	-	☺	☺	☺	☺	☺	-	-	-
Passo Fundo	☺	-	-	☺	☺	-	-	☺	-	-	-
Pontão	-	☺	-	☺	-	☺	☺	☺	-	☺	-
Sananduva	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	-
Santa Cecília do Sul	-	FR	☺	-	FR	-	-	☺	☺	☺	-
Sto. Antônio do Palma	-	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	-	-	FR
Sto. Antônio do Planalto	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺
Sto. Expedito do Sul	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺	☺	-	-	-
S. Domingos do Sul	☺	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	-
São João da Urtiga	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	-
S. José do Ouro	☺	-	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	-
Serafina Corrêa	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	-
Sertão	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	-
Soledade	-	☺	-	-	☺	-	☺	☺	☺	☺	-
Tapejara	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	-	-	-
Tapera	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	-	-
Tunas	☺	-	-	-	-	☺	☺	☺	-	☺	-
Tupanci do Sul	☺	☺	-	-	☺	☺	☺	☺	☺	-	-
Vanini	☺	-	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Vila Lângaro	☺	☺	☺	☺	-	☺	☺	☺	☺	-	-

QUADRO 2 – Análise dos Indicadores de Saúde  
Fonte: Fernandes, 2003.

<sup>57</sup> As informações apresentadas na tabela acima baseou-se no Anexo IV da Portaria Nº 723, de 10 de maio de 2001. Os indicadores de saúde analisados são referentes ao ano de 2001.

<sup>58</sup> Taxa de mortalidade infantil: é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade por 1.000 nascidos vivos, ocorridos em determinado local e período.

<sup>59</sup> Cobertura vacinal por DPT em menores de um ano: é a proporção de crianças menores de um ano de idade vacinadas com 3ª dose de DPT do total de crianças menores de um ano de idade, em determinado local e período.

<sup>60</sup> Proporção de partos e curetagem pós-aborto em adolescentes (10 aos 19 anos de idade) do total de partos e curetagem pós-aborto, em determinado local e período.

<sup>61</sup> Consultas de Pré-Natal: este indicador reflete, de forma percentual, a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consulta de pré-natal, em determinado local e período.

<sup>62</sup> Cobertura vacinal em idosos: proporção de pessoas de 60 anos de idade ou mais vacinadas contra influenza do total de pessoas de 60 anos de idade e mais, em determinado local e período.

<sup>63</sup> Taxa de incidência de Tuberculose: corresponde ao número de casos novos de tuberculose pulmonar (todas as formas), expresso por 100.000 habitantes, em um determinado local e período.

<sup>64</sup> Taxa de prevalência de Hanseníase: reflete a magnitude da ocorrência da hanseníase numa determinada população, sendo expresso pelo número de casos existentes de hanseníase por 10.000 habitantes, em um determinado local e período.

<sup>65</sup> Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC), na faixa etária de 30 a 59 anos, por 10.000 habitantes, em determinado local e período.

<sup>66</sup> Média de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e agentes comunitários de saúde, realizadas por família e por mês, em determinado local e período.

<sup>67</sup> Concentração de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante/ano, em determinado local e período.

<sup>68</sup> Concentração de procedimentos odontológicos coletivos na faixa etária até 14 anos, em determinado local e período.

<sup>69</sup> Foram considerados com resultado satisfatório(☺), os municípios que apresentaram o indicador alcançado na relação com o indicador estadual.

<sup>70</sup> FR significa falta de registro.

### Anexo B – Análise do SIAB

Municípios com PACS e/ou PSF.	Erro Médio	Porc. Erro
<b>Mormaço</b>	<b>0,0049</b>	<b>0,49</b>
<b>Ibiraíaras</b>	<b>0,0072</b>	<b>0,72</b>
<b>Campos Borges</b>	<b>0,0086</b>	<b>0,86</b>
<b>São João da UrtigaA</b>	<b>0,0106</b>	<b>1,06</b>
<b>Não Me Toque</b>	<b>0,0120</b>	<b>1,20</b>
<b>Tupanci do Sul</b>	<b>0,0254</b>	<b>2,54</b>
<b>Coxilha</b>	<b>0,0690</b>	<b>6,90</b>
<b>Tunas</b>	<b>0,0769</b>	<b>7,69</b>
<b>Casca</b>	<b>0,0774</b>	<b>7,74</b>
<b>Vanini</b>	<b>0,0810</b>	<b>8,10</b>
<b>Sananduva</b>	<b>0,0863</b>	<b>8,63</b>
<b>Ernestina</b>	<b>0,0926</b>	<b>9,26</b>
Tapera	0,1099	10,99
Gentil	0,1136	11,36
Ciríaco	0,1149	11,49
Ibiaça	0,1154	11,54
Santo Antônio do Planalto	0,1156	11,56
Sertão	0,1158	11,58
Carazinho	0,1161	11,61
Nova Alvorada	0,1211	12,11

David Canabarro	0,1373	13,73
Lagoão	0,1510	15,10
Machadinho	0,1551	15,51
Santo Expedito do Sul	0,1706	17,06
Vila Lângaro	0,1770	17,70
Nicolau Vergueiro	0,1850	18,50
Santo Antônio do Palma	0,1939	19,39
Marau	0,1969	19,69
Ibirapuita	0,2501	25,01
Lagoa dos Três Cantos	0,2501	25,01
São Domingos do Sul	0,2617	26,17
Água Santa	0,2644	26,44
Passo Fundo	0,2646	26,46
Maximiliano de Almeida	0,2794	27,94
Santa Cecília do Sul	0,2883	28,83
Tapejara	0,3240	32,40
Cacique Doble	0,3293	32,93
Soledade	0,3583	35,83
Espumoso	0,4374	43,74
Coqueiros do Sul	0,4573	45,73
Paim Filho	0,7216	72,16
Pontão	0,8759	87,59
Lagoa Vermelha	1,1371	113,71
Almirante Tamandaré	2,6731	267,31

TABELA 1 – Análise do SIAB

Fonte: Fernandes, 2003.

**Anexo C – CONVITE: Termo de Esclarecimento**Prezada Enf<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Esta pesquisa, intitulada “A ENFERMAGEM CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE”, tem como objetivo **conhecer as estratégias construídas pelas enfermeiras de saúde coletiva no enfrentamento de dificuldades vivenciadas na implementação das ações em saúde.**

Este trabalho destina-se à elaboração de uma Dissertação pela mestranda Jeanice de Freitas Fernandes, a qual obterá o título de Mestre em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande, sendo orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi.

A coleta de dados será através de entrevista semi-estruturada, sendo esta gravada.

Cabe, ainda, esclarecer que a participante terá garantida:

- a possibilidade de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- a liberdade em recusar-se a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, em retirar seu consentimento e optar por deixar de participar do referido trabalho;
- o anonimato e o caráter confidencial das informações relatadas. Os participantes serão identificados por codinomes.
- o direito de acesso aos resultados do trabalho.

**Mestranda:** Jeanice de Freitas Fernandes Telefone: (054) 91222930 ou (054) 357-1304

**Orientadora da pesquisa:** Prof<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi Telefone: (053) 235-1448

### **Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro ter sido informada de forma clara sobre os objetivos, da justificativa da pesquisa, bem como do método de coleta de dados. Além disso, fui esclarecida sobre:

- a possibilidade de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- a liberdade em recusar-me a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, em retirar meu consentimento e optar por deixar de participar do referido trabalho;
- o anonimato e o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- o direito de acesso aos resultados do trabalho.



Cabe, ainda, referir que autorizo o uso do gravador como instrumento de coleta de dados.

Local e Data:

---

Assinatura da Participante

### **Anexo E – Roteiro da Entrevista**

#### **Dados para caracterizar os sujeitos:**

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Forma de contratação: \_\_\_\_\_ Salário: \_\_\_\_\_

Instituição de graduação: \_\_\_\_\_

Curso de pós-graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de formação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação profissional em saúde coletiva: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação neste município: \_\_\_\_\_

#### **Tópicos norteadores:**

- dificuldades ao implementar as ações em saúde? Quais?

- dificuldades vivenciadas com o gestor municipal de saúde para a implementação das ações em saúde?

- estratégias que constrói para enfrentar tais dificuldades?

- dificuldades vivenciadas com a equipe de saúde para a implementação das ações em saúde?

- estratégias que constrói para enfrentar tais dificuldades?

- dificuldades vivenciadas com a comunidade para a implementação das ações?

- estratégias que constrói para enfrentar tais dificuldades?

- Como você definiria, em uma palavra, você e o seu trabalho na equipe de saúde que implementa as ações em saúde neste município?

### Anexo F – Caracterização dos Sujeitos

Muni- cípios	Pseudôni- mos dos sujeitos	Idade	Universida- -de de Formação	Tempo de Formação <sup>70</sup>	Tempo de atuação em saúde coletiva	Tempo de atuação no município	Pós-Graduação	Salá- (líq
A	Colega	28	Unijui	1 a. e 6 m.	1 a. 4 m.	1 a. 4 m.	Concluindo Saúde Coletiva	7
B	Competen- -te	29	UPF	4a. 6 m.	4 a. 6 m.	4 a.6 m.	Saúde Coletiva	6
C	Força	30	UPF	4 a. 9 m.	4 a. 9 m.	3 a.	Saúde Coletiva	6
D	Construti- -vo	28	UPF	3 a.	3 a.	2 a. 2 m.	Concluindo Saúde Coletiva	6
E	Essencial	26	UNIFRA	3 a 6 m.	3 a. 6 m.	2 a.	Saúde Coletiva	4
F	Dedicada	31	UPF	3 a.	3 a.	2 a.	-	7
G	Parceira	46	UFPEl	19 a.	15 a.	10 a.	Saúde coletiva e Obstetrícia	6
H	Base da estrutura	40	UPF	18 <sup>72</sup> a.	10 a.	3 a.	Saúde Pública e Obstetrícia	

QUADRO 3- Caracterização dos Sujeitos

Fonte: Fernandes, 2003.

<sup>70</sup> Quanto ao tempo de formação e o tempo de atuação no município utilizei 'a' para significar ano e 'm' mês.

<sup>71</sup> Corresponde ao número de salários mínimos que a enfermeira recebe. Atualmente equivale a R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais).

<sup>72</sup> Esta enfermeira se formou a 18 anos, mas exerce a profissão de enfermeira há 10 anos.

---

<sup>57</sup> As informações apresentadas na tabela acima baseou-se no Anexo IV da Portaria Nº 723, de 10 de maio de 2001. Os indicadores de saúde analisados são referentes ao ano de 2001.

<sup>58</sup> Taxa de mortalidade infantil: é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade por 1.000 nascidos vivos, ocorridos em determinado local e período.

<sup>59</sup> Cobertura vacinal por DPT em menores de um ano: é a proporção de crianças menores de um ano de idade vacinadas com 3ª dose de DPT do total de crianças menores de um ano de idade, em determinado local e período.

<sup>60</sup> Proporção de partos e curetagem pós-aborto em adolescentes (10 aos 19 anos de idade) do total de partos e curetagem pós-aborto, em determinado local e período.

<sup>61</sup> Consultas de Pré-Natal: este indicador reflete, de forma percentual, a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consulta de pré-natal, em determinado local e período.

<sup>62</sup> Cobertura vacinal em idosos: proporção de pessoas de 60 anos de idade ou mais vacinadas contra influenza do total de pessoas de 60 anos de idade e mais, em determinado local e período.

<sup>63</sup> Taxa de incidência de Tuberculose: corresponde ao número de casos novos de tuberculose pulmonar (todas as formas), expresso por 100.000 habitantes, em um determinado local e período.

<sup>64</sup> Taxa de prevalência de Hanseníase: reflete a magnitude da ocorrência da hanseníase numa determinada população, sendo expresso pelo número de casos existentes de hanseníase por 10.000 habitantes, em um determinado local e período.

<sup>65</sup> Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC), na faixa etária de 30 a 59 anos, por 10.000 habitantes, em determinado local e período.

<sup>66</sup> Média de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e agentes comunitários de saúde, realizadas por família e por mês, em determinado local e período.

<sup>67</sup> Concentração de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante/ano, em determinado local e período.

<sup>68</sup> Concentração de procedimentos odontológicos coletivos na faixa etária até 14 anos, em determinado local e período.

<sup>69</sup> Foram considerados com resultado satisfatório(☺), os municípios que apresentaram o indicador alcançado na relação com o indicador estadual.

<sup>70</sup> FR significa falta de registro.

<sup>70</sup> Quanto ao tempo de formação e o tempo de atuação no município utilizei 'a' para significar ano e 'm' mês.

<sup>71</sup> Corresponde ao número de salários mínimos que a enfermeira recebe. Atualmente equivale a R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais).

<sup>72</sup> Esta enfermeira se formou a 18 anos, mas exerce a profissão de enfermeira há 10 anos.