



# 4º+SENABS

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES DE ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RESOLUTIVIDADE  
E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

FACULDADE UNIGRAN CAPITAL - CAMPO GRANDE (MS)  
27 a 30 de abril de 2014

## CONTEÚDO DAS EXPOSIÇÕES DOS PALESTRANTES

## **Discurso proferido pela presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Ângela Maria Alvarez – gestão 2013-2016**

Senhoras e senhores,

Na qualidade de Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, gestão 2013-2016, é com imensa satisfação que participo da abertura deste evento, o primeiro da nossa gestão, tanto nacional como estadual. Ou seja, somos novatas e estreantes em termos de evento desta gestão, tanto no que tange à diretoria da ABEn Nacional como a da Aben Seção Mato Grosso do Sul. É claro que trazemos a experiência acumulada de inúmeros eventos anteriores tanto pessoalmente como enquanto associação, mas, é inegável que se trata de uma estreia.

E como toda estreia, gera ansiedade, medo, preocupação e uma vontade imensa de que tudo dê certo, que nós e vocês possamos partilhar momentos agradáveis e profícuos. Enfim, que todo o esforço despendido até aqui não tenha sido em vão.

Acontecendo a apenas seis meses depois que assumimos a Associação, trata-se de uma primeira forma de aproximação com a nossa categoria profissional, de nossa responsabilidade e iniciativa, sob a modalidade de evento.

Não quero dizer com isto que como gestão não fizemos nada até agora. Ao contrário, desde o primeiro momento após a posse, estamos dando continuidade às ações que garantem a positividade do papel social da ABEn implementadas em gestões anteriores, e implementando novas iniciativas, arduamente.

Mas, como evento, esta é a primeira vez que participo como presidente da ABEn, assim como as demais companheiras das diretorias nacional e estadual. Como evento, é a primeira vez que subo num palco para mostrar a que viemos e o que viemos fazer no âmbito da Atenção Básica de Saúde, no cumprimento da missão de promover o desenvolvimento político, social e científico das categorias que compõem a ABEn. Para isto, nosso trabalho tem como eixos a defesa e a consolidação da educação em Enfermagem, da pesquisa científica, do trabalho da Enfermagem como prática social, essencial à assistência social e à saúde, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde. Tem também o compromisso de promover a educação e a cultura em geral; e a propor e defender políticas e programas que visem à melhoria da qualidade de vida da população e ao acesso universal e equânime aos serviços social e de saúde.

Iniciar com um SENABS – Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem para a Atenção Básica - constitui o imenso desafio de colocar no centro das nossas reflexões um objeto muito caro para a enfermagem brasileira que é o trabalho na área da enfermagem em saúde

coletiva como prática social essencial à assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde e à organização e funcionamento dos serviços e ações de saúde no país.

A estratégia brasileira de fortalecimento da Atenção Básica à Saúde e a implementação da Estratégia Saúde da Família têm mostrado, de maneira inequívoca, o papel fundamental dos profissionais de enfermagem nesse processo. Estamos protagonizando e queremos continuar protagonizando de maneira significativa o processo irreversível da constituição da saúde como dever do Estado e direito do cidadão, promulgado pela Constituição Federal de 1988.

Enfermeiras e enfermeiros aqui presentes:

Este evento é uma oportunidade para os profissionais da enfermagem e outros profissionais de saúde e de áreas afins se atualizarem, refletirem sobre práticas profissionais consolidadas, e, dialeticamente, instituírem novas e melhores práticas. É preciso socializar os novos conhecimentos científicos gerados, promover intercâmbio de experiências e avançar na qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de saúde, contribuindo para o cumprimento dos princípios da integralidade e equidade do SUS.

Cumprir esses princípios, nos levará a assumir ou reforçar a politicidade do cuidado na Atenção Básica, atuando junto à população como propulsoras do seu movimento. Para tanto, é necessário que cada um atue como agente de transformação da realidade, repensando e reconstruindo o processo de trabalho na área da enfermagem seja como profissionais de saúde, gestores e equipes interdisciplinares e multiprofissionais. Para isso, é necessária também a construção de novos saberes, ocupar os espaços de interlocução com a população e ampliar o controle social.

Assim, convido esta plateia e aos que ela se somarem para durante estes três próximos dias nos unirmos nestas reflexões em prol de uma enfermagem mais consistente e crítica, cônica do seu dever para com a realidade brasileira e da sua população. Desejo um bom e profícuo evento a nós.

**Discurso proferido pela Profa Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca Coordenadora do Departamento de Enfermagem na Atenção Primária de Saúde e Saúde da Família e Coordenadora Nacional do 4º SENABS**

Excelentíssima Senhora Professora Doutora Ângela Maria Alvarez, Digníssima Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, na pessoa de quem cumprimento as autoridades da mesa e demais autoridades presentes no plenário.

Querida Professora Vânia Stolte, na pessoa de quem abraço toda a Comissão Organizadora do 4º SENABS

Caros Mailson, Luz Marina e Vitor, nas pessoas de quem cumprimento toda a equipe de colaboradores do nosso evento

Caríssimas e caríssimos participantes do nosso 4º SENABS

Alegria, tristeza, preocupação, raiva, alívio, tensão, choro, riso, tremedeira (como agora), são alguns dos sentimentos, emoções, reações e tantas outras coisas que vivenciamos nos últimos meses. Também não faltaram reza, promessa, mezinha, mandinga, bentinho e patuás, ao vivo e a cores, pela Internet, em pensamento... tudo muito bem alquimizado para proporcionar a vocês um evento de qualidade compatível com as suas e nossas expectativas e esperas, e tudo o quanto pode derivar daí.

Na pauta, a discussão da enfermagem no âmbito da Atenção Básica em Saúde, nele, da Estratégia Saúde da Família e tantos outros que compõem o cenário das práticas de enfermagem em saúde pública e saúde coletiva.

Qual tem sido o nosso papel neste cenário? Terá ele sido estanque e desarticulado das demais práticas da saúde ou estará buscando se integrar? Quais são as grandes questões que permeiam o trabalho da enfermagem neste âmbito? Nossas práticas estão sendo resolutivas ou apenas reiterando as muitas iniquidades a que está exposta a nossa população, a nossa clientela? Teremos respostas ou pelo menos o que dizer diante de tantas perguntas???

Dúvidas como estas (e muitas outras) nos levaram a propor o temário (conteúdo e forma) que deverá nos guiar nestes 3 dias. E este não é um evento como tantos outros que temos organizado na Associação Brasileira de Enfermagem. É o primeiro de uma gestão... Só esse fato já nos provoca mais apreensão ainda. E mais: há dois anos fizemos aqui mesmo em Campo Grande um dos mais significativos Seminários de Pesquisa em Enfermagem, com muito sucesso. Como será desta vez?

Muito trabalhamos para chegar até aqui.

Afinal de contas, não podemos decepcionar nem vocês e nem a nós, em pertencendo à Associação Brasileira de Enfermagem, esta gentil senhora que nos acolhe, enfermeiras e enfermeiros, por mais de 8 décadas. Octagenária respeitável, mas ainda muito jovem no que tange a colocar-se lado a lado com as demais áreas do saber em termos de produção científica e a cada dia com mais gás para defender os interesses da nossa profissão e de seus trabalhadores.

Para nos auxiliar a refletir, fomos buscar um time de destaque não só da enfermagem, mas de várias outras áreas. Serão conferências, mesas redondas, painéis, reuniões, lideradas por experts no tema que vão nos brindar expondo suas idéias, experiências, reflexões e dúvidas que, como as nossas, garanto que lhes tiraram muitas noites de sono. É por isso que têm tanto a nos dizer e é por isso mesmo que queremos tanto escutá-los e dialogar com eles e elas.

Como em todos os demais eventos científicos, o temário reflete o seu tempo e o nosso tempo é de questionamentos, incertezas e inseguranças próprias do devir de uma sociedade em constante e pungente transformação, para o bem e para o mal, num tempo de efervescências em praticamente todos os âmbitos da vida social e do nosso cotidiano.

O temário foi pensado em torno do **TEMA CENTRAL**

## **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RESOLUTIVIDADE E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA”**

### **EIXOS TEMÁTICOS**

1. Resolutividade da Assistência de Enfermagem no âmbito da Atenção Básica em Saúde
2. Qualidade da Atenção Básica em Saúde e a Assistência de Enfermagem
3. Visibilidade social da Enfermagem na Atenção Básica em Saúde

### **OBJETIVOS**

- a) Discutir a qualidade e a resolutividade da assistência e do cuidado de enfermagem na Atenção Básica de Saúde;
- b) Debater a responsabilidade social e o impacto da assistência de enfermagem na produção, disseminação e utilização do conhecimento na Atenção Básica em Saúde;
- c) Promover intercâmbio interinstitucional e socialização do conhecimento de enfermagem produzido pelas instituições de pesquisa, ensino e assistência à saúde, nos âmbitos nacional e internacional, no que tange à Atenção Básica em Saúde;

- d) Refletir sobre limites e potencialidades da Enfermagem na Atenção Básica em Saúde e sua contribuição para a transformação das práticas em saúde e em enfermagem neste âmbito

Esperamos que o evento esteja à altura deste digno público que atendeu ao nosso chamado.

Enfrentamos dificuldades e questões, desde as mais pontuais às mais gerais, no entanto, como tudo na vida tivemos e teremos ainda alguns nós na sua operacionalização. Tentamos desfazer todos, mas daqui para frente nada poderá ser feito sem a contribuição inestimável de vocês nesta construção coletiva. Incito-os a enfrentar as dificuldades que surgirem nestes 3 dias com a mesma garra e determinação que nos trouxe até aqui, vocês e nós. Tudo pode ser resolvido com tranqüilidade e presteza, estamos aqui para isto. Porém, necessitamos da sua ajuda para detectar os problemas, explicitá-los e buscar coletivamente a sua solução. Vocês e nós em união, somando forças e tendo como horizonte a utopia dialética (possível) de construir um belo e bem sucedido evento, digno deste conjunto seleto da enfermagem que aqui se encontra. Vamos tornar mais bela e honrosa a história da enfermagem brasileira. Um grande abraço de boas vindas e muito, muito obrigada por estarem aqui conosco. Que as nossas divindades nos protejam e abençoem!

**Discurso proferido pela Dra. Vânia Paula Stolte Rodrigues, presidente da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Mato Grosso do Sul**

Boa noite a todos

Cumprimento a Profa. Dra. Angela Alvarez, presidente da Associação Brasileira de Enfermagem,

Sra. Ana Paula Gonçalves, Diretora de Atenção Básica do Município de Campo Grande e Diretora de Assuntos Profissionais da ABEn-MA (neste ato também representando o Dr. Jamal Salem, Secretário Municipal de Saúde Pública de Campo Grande)

Sra. Mariana Zauith, Diretora Administrativa da Faculdade Unigran Capital, em nome da qual eu cumprimento todas as demais autoridades aqui presentes.

Senhoras e senhores

Nos últimos meses a Associação Brasileira de Enfermagem, por meio de sua diretoria nacional e da diretoria da Seção Mato Grosso Do Sul, trabalhou arduamente para a realização do 4º Seminário Nacional de Diretrizes da Enfermagem na Atenção Básica em Saúde.

Este evento é de grande relevância para os profissionais da enfermagem e outros profissionais de saúde se atualizarem, discutindo sobre práticas profissionais. É preciso promover intercâmbio de experiências por meio da socialização de conhecimentos, avançando, assim, na qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de saúde pública. Neste sentido, o 4 SENABS vem promover um espaço de discussão entre profissionais gestores e assistenciais com vistas a melhoria da atenção básica em saúde, sobretudo aos serviços de enfermagem.

Para que isso ocorra, o evento contará com o desenvolvimento de múltiplas atividades profissionais e culturais ao longo dos próximos três dias, reafirmando o compromisso social da associação brasileira de enfermagem com os trabalhadores de enfermagem e a saúde pública brasileira. Compromisso este que tem relevante impacto para a assistência à população.

Cabe aqui destacar e agradecer as importantes parcerias que tivemos para que este evento ocorresse. Gostaria de agradecer a Faculdade UNIGRAN Capital que disponibilizou o espaço para a realização das atividades nos próximos dias. Ao Dr. Paulo Siufi, membro da mesa diretora da Câmara Municipal de Vereadores de Campo Grande e ao presidente da câmara de vereadores de Campo Grande por disponibilizar este espaço para a realização da cerimônia de abertura.

A importante parceria que tivemos com a Organização Panamericana De Saúde e Ministério Da Saúde; ao CNPq e Fundect.

A Secretaria Municipal De Saúde Pública De Campo Grande, Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul, Universidade Estadual De Mato Grosso Do Sul, Universidade Católica Dom Bosco, Ananguera Uniderp e Ananguera Educacional.

Um agradecimento muito especial aos demais integrantes da comissão organizadora, pelas horas de trabalho dispensadas para que este evento ocorresse conforme programado.

Em nome da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Mato Grosso do Sul, gostaria de dar as boas vindas a todos e desejar que todos tenham um bom evento.

Obrigada!

## Assistência de Enfermagem na Resolutividade e Qualidade da Atenção Básica: Desafios e Oportunidades

Anna Maria Chiesa<sup>1</sup>

Partindo-se do entendimento de que a Enfermagem é uma prática social, é fundamental, inicialmente, recuperar a importância da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, como marco de política pública que assegura a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e fruto de uma intensa mobilização social pela redemocratização do país, ao longo dos anos de 1980. Baseado nos princípios da universalidade, descentralização e participação social tem como diretrizes para estruturação do novo modelo assistencial a integralidade e equidade.

Um dos primeiros desafios que merece destaque diz respeito às dimensões estrutural, particular e singular, no âmbito da própria política de saúde, como segue:

- Estrutural: Fortalecimento do Sistema Único de Saúde e integração com outras políticas públicas (habitação, trabalho, educação, promoção social, comunicação), dado que o entendimento da saúde não se resume à dimensão curativa de ausência de doenças.
- Particular: Superação das ações hierarquizadas, atomizadas e fragmentadas visando à construção de redes de atenção na perspectiva de operacionalização da equidade e integralidade em saúde
- Singular: *Empowerment* dos trabalhadores nas dimensões técnica, ética e política para atuarem no *empowerment* da população.

A operacionalização da equidade e da integralidade requer inicialmente a compreensão dos próprios profissionais acerca destes conceitos estruturantes, pois a integralidade é tanto um desafio do sistema como um todo na articulação de redes e não somente de um único *locus* de atenção, mas também pressupõe práticas que não fragmentem os sujeitos.

A equidade significa superar a mera igualdade no sentido de organizar ações para indivíduos e grupos sociais com necessidades distintas em decorrência da inserção social, gênero e geração.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Livre Docente em Enfermagem em Saúde Coletiva. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: [amchiesa@usp.br](mailto:amchiesa@usp.br)

A articulação entre esses princípios abarca um caráter complexo tanto pela sua essência, como pelo caráter público, universal e participativo.

Neste sentido, a formação em saúde precisa superar o reducionismo das áreas biológicas, na medida em que o processo saúde-doença-cuidado requer conhecimentos também das ciências humanas e sociais. Assim como a maioria dos países, o modelo assistencial capaz de garantir a universalidade e integralidade do cuidado pressupõe uma atenção básica resolutiva e eficaz.

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária é o nível mais adequado para resolver os problemas prevalentes de uma dada população por meio de ações preventivas, de cura e reabilitação, com a vantagem de ser o lugar mais próximo da moradia da população. Há evidências em diversos países industrializados de que com atenção primária acessível e resolutiva torna-se mais fácil obter resultados na redução de mortalidade e no melhor monitoramento dos agravos crônicos. Os atributos da atenção básica são: acesso, vínculo, elenco de serviços e coordenação dos serviços.

No contexto do setor saúde no Brasil, um grande avanço para reforçar o nível dos cuidados primários foi a proposição do Programa Saúde da Família em 1996, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), que defende a integração das ações de saúde, tanto curativas como preventivas e as de promoção da saúde, além dos muros das unidades, permitindo um maior envolvimento entre as equipes profissionais e da população. Cada equipe de saúde da família é composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde que atendem até mil famílias adscritas num dado território geográfico.

Após 18 anos de implementação, a ESF teve reconhecimento internacional das conquistas obtidas no cenário brasileiro no editorial do *British Medical Journal* (Harris; Haine, 2010)

A ESF amplia o objeto de atuação da área da saúde, que não se limita mais somente à dimensão biológica, passando a incluir as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde (Chiesa, 2003). Permite alcançar maior capilaridade no território, o que aumenta o potencial dos serviços para operacionalizar a equidade em saúde, um dos princípios fundamentais do SUS. No entanto, há ainda muito a avançar no sentido de ocupar plenamente o potencial existente.

Para a Enfermagem a ESF significou o resgate da assistência direta dos Enfermeiros junto à população adscrita, podendo contribuir para a consolidação da clínica ampliada.

Historicamente, o cuidado de Enfermagem foi estruturado para tomar como objeto as necessidades do indivíduo e não somente a sua doença. A atuação direta do Enfermeiro

na assistência permite complementar a atuação do médico na equipe, sobretudo na construção de projetos terapêuticos baseados nas necessidades. Estas, por sua vez, são socialmente construídas e refletem dimensões da vida material (condições de vida, inserção no trabalho), da dimensão subjetiva (projetos de vida, geração, opção religiosa) e das influências familiares.

Outra possibilidade que o contato direto dos Enfermeiros na atenção básica possibilita é a incorporação de tecnologias leves no cuidado. Partindo-se do conceito de trabalho vivo, a saúde tem brechas para incorporação das tecnologias leves. A centralidade do cuidado/cuidar está presente na produção de conhecimento teórico e prático da Enfermagem. Resta-nos a ousadia para desenvolvê-las, avaliá-las e disseminá-las como Práticas Baseadas em Evidências.

É fundamental ainda, a elaboração e a proposição de novos indicadores de avaliação dos serviços, capazes de abarcar a dimensão qualitativa da produção para complementar os dados quantitativos já consagrados.

Neste sentido, propõem-se as seguintes dimensões para ampliar as contribuições da Enfermagem, resgatando a especificidade do cuidado:

1. Fortalecimento do protagonismo profissional: ocupar este espaço de trabalho paritário com os médicos e outros profissionais nas ESF a fim de evidenciar a contribuição do conhecimento de Enfermagem traduzido em práticas assistenciais diretamente com usuários e familiares;
2. Respeitar a autonomia da população: atuar no sentido de ampliar a adesão da população nos tratamentos por meio de melhor informação, ajudando as pessoas a tomar decisões e discutindo sobre as conseqüências das decisões (Chiesa, 2005);
3. Construir junto com a população projetos terapêuticos baseados nas necessidades de saúde identificadas, utilizando o princípio da flexibilidade;
4. Superar a postura prescritiva tradicional e desenvolver a escuta e as habilidades de diálogo para fortalecer e promover a resiliência (Chiesa, 2005) da população com o uso apropriado da tecnologias leves;
5. Contribuir para a construção de indicadores qualitativos aliados aos quantitativos para medir os resultados em avaliações e para qualificar as práticas.
6. Divulgar experiências exitosas, incluir a investigação no cotidiano do trabalho e engajar-se em processos de educação permanente.

Tais desafios são fundamentais para o cenário brasileiro, mas também são de enorme valia para o fortalecimento internacional da Enfermagem. Portanto, o que

produzirmos aqui terá espaço para intercambio internacional, sobretudo na Europa em que a criação de nível universitário para o exercício da Enfermagem é recente, bem como para outros países que contam com um cenário epidemiológico similar ao do Brasil.

Por fim, cabe ressaltar a importância estratégica do SENABS para divulgar experiências exitosas que os Enfermeiros vêm produzindo no extenso território nacional, para ampliar a visibilidade da potência da assistência de Enfermagem para a Resolutividade e Qualidade da Atenção Básica.

## **Referências**

Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Nursing (São Paulo)*, v. 64, n.6, p. 40-6, 2003.

Chiesa AM. Autonomia e Resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. 2005 [tese]. Livre Docência Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo São Paulo.

Harris M & Haine D Brazil's Family Health Program *BMJ* 2010 341:c4945

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

## SAÚDE DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Antonio Flávio Ferraz<sup>2</sup>

O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais que influenciaram o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde nos últimos quarenta anos. No bojo do movimento político da redemocratização do país, a sociedade civil apoiada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira criou o Sistema Único de Saúde - SUS.

O combate à (des)igualdade não só é meta constante, como norteia as ações de fortalecimento dos trabalhos de gestão, planejamento e na distribuição das ações que incluem proteção e promoção à saúde. Isso em especial àqueles que não têm acesso, recursos, possibilidades e/ou disposição aos atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro desse cenário, esses impedimentos são representados pela falta de informação, suscetibilidade e acesso do próprio cidadão, motivados principalmente pela total carência de dados que modifiquem esse comportamento cognitivo, inferindo na capacidade e desejo. Tais desideratos interferem não só na qualidade de vida, mas também implicam *lato sensu* na suscetibilidade desse cidadão que, marginalizado, sem acesso e sem atendimento, ampliando as desigualdades socioeconômicas e culturais. E tal vulnerabilidade aumenta as máculas da sociedade e o preconceito, tão combatidos contemporaneamente.

Busca-se tentar (re)construir as políticas de integração, atendimento e assistência na saúde às populações vulneráveis, trabalhando em grupos específicos, como a população privada de liberdade inclusa nos sistemas prisionais dos estados e a população na fronteira brasileira: Paraguai e Bolívia.

Nosso relato de experiências é a demonstração de aplicabilidade dos objetivos do nosso trabalho. Trabalhamos em busca de encontrar e aplicar parâmetros de qualidade e resolutividade às populações vulneráveis através da criação de Observatórios e de oferta de Cursos para os profissionais.

### POPULAÇÃO DE FRONTEIRA

Historicamente, a região fronteira do centro-oeste apresenta um retrato diferenciado das demais do território nacional, pois agrega complexas relações internacionais. Pode-se citar que, por si, tais limites territoriais formam um complexo misto

---

<sup>2</sup> Servidor da Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul. E-mail: [aflavio@fiocruz.br](mailto:aflavio@fiocruz.br)

na política, saberes e, especialmente, desenvolvimento socioeconômico, que representam e são interdependentes de acordos setoriais, regionais e nacionais, numa dicotomia tão complexa quanto a solução dos fadados problemas no atendimento básico à saúde da população local. Isso porque também nessas regiões de fronteira seca – em que se cruza caminhando a fronteira sem ter-se noção das barreiras diplomáticas transpostas – é bastante comum cidadão residente no estrangeiro tomar atendimento no sistema brasileiro de saúde portando seu documento de sua binacionalidade.

Dentro dos estudos e ações relacionados à população que reside nas linhas de fronteira brasileira com Paraguai e Bolívia, tem-se por principal objetivo integrar a atenção à saúde por meio de acordos de solidariedade e cooperação, destacando as premissas do estado democrático de direito, em especial as garantias e preservação dos direitos humanos e os saberes multinacionais.

Desse modo e nesse intento, pela complexidade dos relacionamentos e desequilíbrio da disponibilidade dos serviços dos países envolvidos, as políticas nacionais de integração regional devem englobar ambos os sistemas de saúde, buscando acordos e parcerias.

## **POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE**

Os registros apontam que a atenção à saúde da população encarcerada nas prisões brasileiras tem por base as doenças prevalentes e a redução de danos, implicando na real necessidade de reordenar as ações para efetivar o atendimento integral a esse grupo confinado, considerando inclusive a diversidade, a complexidade e a vulnerabilidade. Ademais, a promoção dos direitos humanos está justamente interligada ao atendimento de saúde integral e a inclusão social dessa população, apontando que as carências são inúmeras e a reordenação do modelo assistencial aplicado é urgente.

Por não serem as únicas que merecem monitoramento de dados e direcionamento de ações específicas, porém compõem um gargalo de demandas específicas em saúde, a população privada de liberdade e a residente na região centro-oeste brasileira demandam de estudos e planejamentos que têm por óbice a carência de dados disponíveis nos diversos sistemas de informação.

Esse prejuízo tem externado na falta de planejamento e na consolidação de propostas que não se calcam no retrato da realidade local, implicando no insucesso ou não atendimento de objetivos dos projetos. Por essa razão, o fortalecimento das ações que consolidem um sistema de informações pelos Observatórios de Saúde nas Fronteiras é meta e norte dos esforços da Fiocruz Mato Grosso do Sul. O esforço não é em vão.

## OBSERVATÓRIOS DE SAÚDE

Para todo o exposto, a implantação, a confiabilidade e a disponibilidade de dados são instrumentos dos **Observatórios de Saúde nas Fronteiras** e do **Observatório de Saúde do Sistema Prisional**.

### 1. Observatório de Saúde nas Fronteiras

O projeto de construção do **Observatório de Saúde nas Fronteiras** começou a ser criado a partir da experiência dos pesquisadores com o **SISFRONTEIRAS**, projeto do Ministério da Saúde, que realizou pesquisa nos 12 municípios do estado em fronteira com o Paraguai e a Bolívia, nos anos de 2005 e 2006. Essa pesquisa permitiu uma maior aproximação entre os sistemas de saúde das cidades-gêmeas Ponta Porã/Brasil e Pedro Juan Cabalero/Paraguai.

Em 2011 foi criado o Comitê Técnico de Vigilância à Saúde Interfronteiriço nas cidades anteriormente citadas, com o objetivo principal de elevação da qualidade de vida humana através da promoção de atividades científicas, filantrópicas, educacionais e/ou literárias nas áreas de saúde pública, meio-ambiente, cidadania e desenvolvimento de comunidades, na fronteira Brasil / Paraguai.

O Comitê Técnico de Vigilância em Saúde Interfronteiriço tem por finalidade principal promover e desenvolver a cooperação entre os Estados membros a promoção e proteção à saúde, mediante o intercâmbio de informações com os respectivos departamentos de saúde e conselhos municipais e regionais dos municípios e com os de outras instituições especializadas e com outras organizações internacionais regionais tendo interesses em comum com os do Comitê, para o monitoramento e a proposição de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças: endemias, epidemias e zoonoses, incluindo educação, capacitação e pesquisa, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população fronteira Brasil / Paraguai. Poderá propor aos gestores locais e regionais de saúde a convocação de conferências técnicas e trabalhos ou investigações adicionais sobre assuntos de saúde que, no parecer do Comitê, promovam dentro da região os fins do Comitê.

Um dos primeiros enfrentamentos foi a criação de um sistema de informações porque não existem dados estatísticos para avaliação e planejamento de ações. Essa discussão resultou na criação de um Observatório binacional com a intenção de fortalecer os

gestores dos dois estados (Mato Grosso do Sul e Amambay) para que possam solicitar convênios entre os dois países. Em 2012 iniciou-se a pesquisa da rede no Departamento de Amambay/Paraguay, mas foi interrompido com a mudança do governo.

## **2. Observatório em Saúde no Sistema Prisional**

Para atender a necessidade emergente de conhecimento da situação da saúde da população privada de liberdade, o Observatório em Saúde no Sistema Prisional passou por um detalhamento nos objetivos e metodologia de pesquisa, adotando parâmetros do instrumento de avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica no SUS.

O processo iniciou no sistema prisional com base no depoimento de informantes da atenção e da gestão da saúde, tanto no contexto do trabalho quanto no âmbito das Secretarias Estaduais ou das Secretarias de Administração Penitenciária. A observação técnica da realidade iniciou com visitas técnicas nos sistemas penitenciários estaduais em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Considerando os princípios organizativos e doutrinários do SUS, para a construção de uma sociedade igualitária, o Observatório de Saúde do Sistema Prisional atua no desenvolvimento de recursos de coleta, investigação, consolidação e disponibilidade de dados, cujos dados epidemiológicos são compartilhados e formam um banco disponível para todo o sistema prisional brasileiro. Tais informações oportunizam, inclusive, nortear ações e qualificar as próprias instituições.

Considerando a transição do Plano Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Prisional para uma Política Nacional de Atenção Integral no Sistema Prisional, emerge a necessidade de se promover práticas integrais na abordagem à pessoa, nas ações de saúde e na rede de serviços. A reorientação da atenção básica à população privada de liberdade deve estar, norteadas por diretrizes político-institucionais e apoio institucional, mobilizando os sujeitos de poder e de conhecimento para a produção de uma nova subjetividade nos desenhos organizativos da atenção-gestão, tanto no âmbito macro quanto na micropolítica do trabalho em saúde.

Assim, estruturar o Observatório nada mais é que oportunizar um importante instrumento de informação e comunicação para planejamento e tomadas de decisões sobre um retrato fiel diagnosticado para, inclusive, as próprias instituições, consolidando dados para dois importantes departamentos: saúde e justiça.

E se justifica pela interface da saúde no sistema prisional e sua necessidade de fortalecimento com a política nacional de atenção básica, que é a reordenadora da assistência, dentro do conglomerado de ações direcionadas às populações vulneráveis. Tal

medida se justifica pela carência de ações, merecendo integrar a assistência na rede de atenção do SUS.

É nesse sentido que emerge a necessidade de incluir os processos de avaliação como um instrumento norteador da implementação das próximas fases de criação do observatório com precedentes para ampliar os eixos de observação e até definir diretrizes para o Observatório em Saúde no Sistema Prisional baseado em parâmetros de avaliação-formação-intervenção. Nesse sentido, os principais eixos a compor uma diretriz devem implicar:

- A fundamentação do Observatório Virtual Nacional e o Fórum Nacional Virtual para gestão compartilhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), com ciclos de oficinas nacionais, publicações, relatos de experiência;
- No eixo da gestão do trabalho e da educação, as ações devem fomentar processos de avaliação e melhoria do acesso e da qualidade em saúde, assim como projetos de extensão e parceria com outras instituições afins em apoio institucional à reorientação do modelo assistencial.
- Todo processo educativo-formativo deve estar acompanhado ter apoio institucional e valorização do trabalhador do sistema prisional.
- No eixo da informação as ações devem contribuir na implantação/implementação do E-SUS (Estratégia do Ministério da Saúde) no sistema prisional, adequando-o às especificidades da saúde da pessoa privada de liberdade. Além disso, incluir a pessoa privada de liberdade em todos os demais sistemas, principalmente o SARGSUS, SINAM, RENAME, etc., de modo que abandonem a condição de sujeitos ocultos à margem da sociedade.
- E, por fim, é importante considerar que o processo de ressocialização da pessoa privada de liberdade exige continuidade após cumprimento da pena para evitar reincidência nos delitos. Nesse sentido, as instituições que usufruem dos serviços dos detentos deveriam reproduzir essas práticas como base de uma organização social com geração de trabalho e renda para os mesmos sujeitos após conquistarem a liberdade.

## **EDUCAÇÃO: MESTRADO E CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO**

### **1. MESTRADO**

Em 2010 foi iniciado o mestrado profissional “Vigilância em Saúde nas Fronteiras do Brasil” voltado, especificamente, para os profissionais de saúde pública inseridos nos serviços, com conteúdos programáticos dirigidos para atender às necessidades do cotidiano destes profissionais e com a produção de conhecimento advinda e voltada para a realidade dos serviços, visando contribuir para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância à Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde do Brasil, bem como contribuir com o intercâmbio na área da Saúde com países fronteiriços.

O caráter inovador do mestrado implica no desenvolvimento de métodos pedagógicos apropriados, na definição de produtos rapidamente aplicáveis à gestão e na seleção de candidatos e público alvo institucionais adaptados ao novo formato.

Seu principal objetivo foi formar especialistas para que pudessem apresentar propostas consistentes e que contribuíssem para a construção de um sólido sistema de vigilância em saúde nos estados e municípios localizados nas faixa de fronteira do Brasil, além de possibilitar intenso intercâmbio científico e cultural entre as Instituições de saúde desses países.

## **2. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL**

A Fiocruz Mato Grosso do Sul, em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, ofereceu pós-graduação em Gestão em Saúde no Sistema Prisional em 2012, que teve início em 2013. O curso tem projeto político pedagógico baseado no curso de especialização em Atenção Básica em Família, fundamentado nas diretrizes do Plano Nacional do Sistema Penitenciário. O curso ofertou 500 vagas distribuídas nos estados brasileiros.

O Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional na modalidade a distância, tem por objetivo a formação dos profissionais de saúde de nível superior em exercício da atenção à saúde da população privada de liberdade, nas unidades do sistema prisional dos estados brasileiros, introduzindo o princípio de Redes de Atenção conectada aos sistemas locais.

Os objetivos específicos do curso são:

- Dar ferramentas aos profissionais das equipes de atenção primária à saúde da população privada de liberdade para cumprir as metas do Ministério da Saúde;
- Definir e implementar ações e serviços coerentes com os princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário;

- Qualificar por meio da formação os profissionais para prestar atenção integral resolutive, no âmbito da atenção primária, às necessidades de saúde da população privada de liberdade, contribuindo para o controle e/ou redução de seus agravos.
- Orientar para a integralidade da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Prisional, articulando-a com as demais redes de saúde local em seus diversos níveis de atenção, promovendo intercâmbio entre os profissionais de saúde nos estados federativos;
- Formar os profissionais para que possam elaborar estratégias para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo privado de liberdade;
- Estimular a prática de planejamento, monitoramento e avaliação, a fim de traçar as metas de atuação da Atenção Primária à Saúde do Sistema Prisional;
- Conhecer princípios e diretrizes de acolhimento, clínica ampliada e co-gestão das ações em implantação e implementação.

## Advocacy e Enfermagem na Atenção Básica em Saúde

Carla Aparecida Arena Ventura<sup>3</sup>

A advocacia em saúde está ligada ao movimento de afirmação dos direitos humanos, que embasa-se na concepção de que por meio de nossa consciência como seres humanos podemos participar do processo de formação de regras de convivência em sociedade. Sendo assim, somos, ao mesmo tempo, membros da sociedade e objeto de suas regras.

As normas de proteção dos direitos humanos são constantemente construídas e reconstruídas, consolidando-se inicialmente como uma reação a uma série de situações históricas de abusos em que prevaleceu a ideia de descartabilidade do ser humano. Embasam-se no superprincípio da dignidade humana e buscam proteger o auto-respeito, promover a auto-consciência e a auto-identidade das pessoas.

Contudo, apesar de toda esta evolução, os direitos são constantemente violados, restringidos ou extintos. Dados do Banco Mundial indicam que aproximadamente 2 bilhões de pessoas vivem em situação de pobreza extrema no mundo e a mortalidade infantil nos países de baixa renda é quase dez vezes maior que nos países em desenvolvimento (SCHRECKER, 2011). A pobreza permanece como uma realidade para bilhões de pessoas no mundo e é também marcante no Brasil, país caracterizado por intensas desigualdades sociais, o que limita, apesar de seu crescimento econômico, condições mínimas para um efetivo desenvolvimento humano e social.

Nesse quadro de contradições, devemos buscar que os direitos sejam protegidos pela legislação, mas também e acima de tudo, que sejam realizados na prática pelo Estado e pela sociedade civil (YAMIN, 1996). Em outras palavras, o “discurso” dos direitos deve refletir-se e traduzir-se no poder real de indivíduos e grupos da sociedade em determinar o sentido de suas potencialidades no contexto social. Os direitos são e devem ser mantidos por meio de sua constante renovação como ação, permitindo o empoderamento das pessoas, não apenas como objeto das regras, mas como reais sujeitos do direito (MEIER, 2010).

Nessa perspectiva, o direito à saúde é um dos direitos humanos que, por sua complexidade, é mais difícil de se garantir em plenitude, precisar conteúdo e alcance. Constitui um direito em razão do valor que a saúde representa para o desenvolvimento das capacidades, personalidade, projetos de vida das pessoas, assim como para o desenvolvimento da coletividade. Representa um direito humano fundamental, diretamente

---

<sup>3</sup> Professora Associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

vinculado ao direito à vida, à integridade moral, psíquica e física, que são o fundamento para o exercício de todos os direitos humanos. A saúde é, então, condição essencial e prerrogativa da dignidade das pessoas como seres individuais e sociais (OPS, 2005).

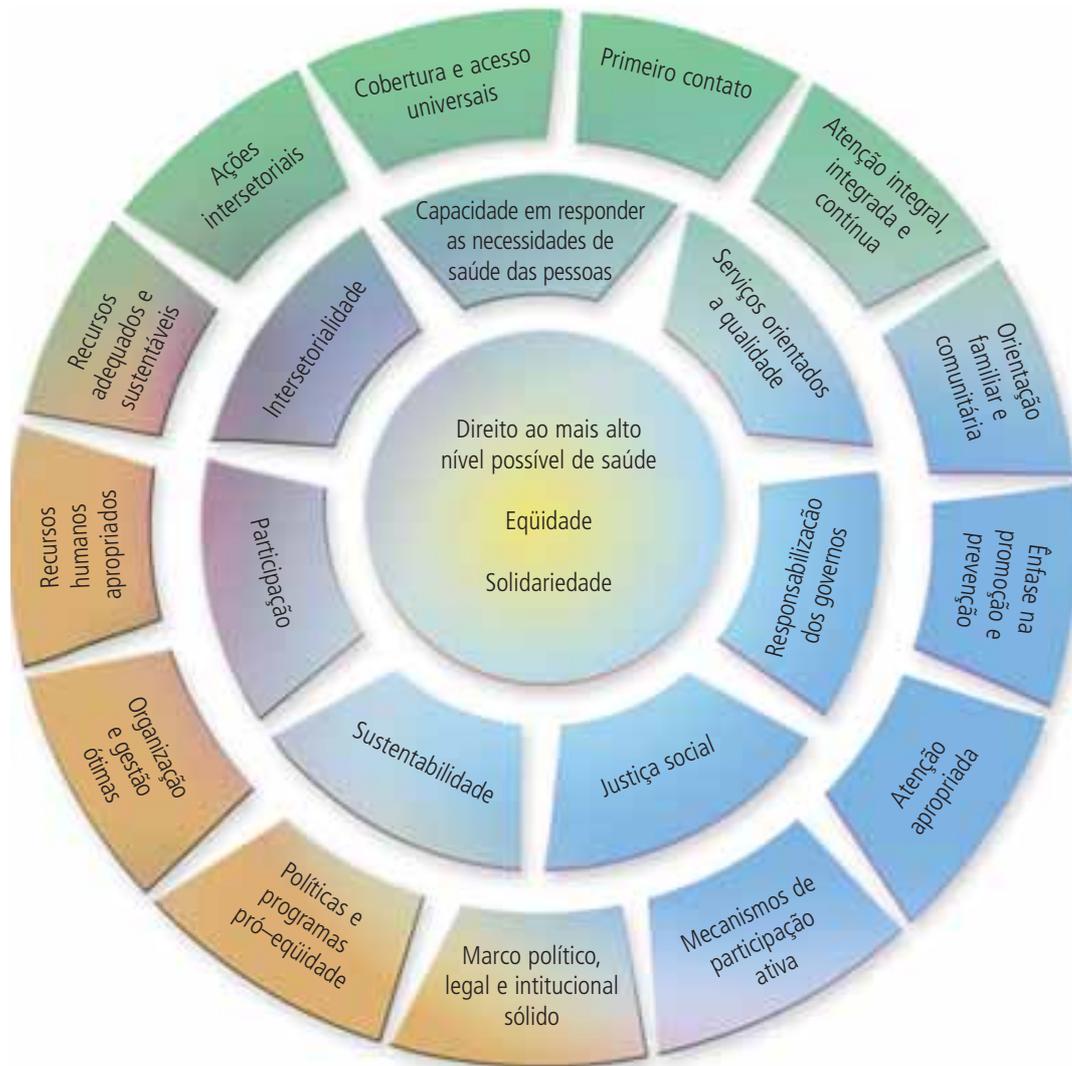
A Conferência de Alma Ata, em 1978, representou um marco para a concepção de saúde como direito, mobilizando profissionais e instituições de saúde, governos e organizações da sociedade civil que, considerando a justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade, decidiram buscar respostas para as desigualdades em saúde existentes em todos os países, com base na constatação de que estas desigualdades eram política, social e economicamente inaceitáveis. Como resultado, estabeleceu-se a meta “Saúde para Todos”, tendo como abordagem essencial para o seu desenvolvimento a atenção primária em saúde.

Este movimento foi se fortalecendo e em 1986, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, consolidou-se a ideia de saúde como um bem produzido socialmente, tendo como requisitos fundamentais para seu alcance: habitação, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (HEIDEMANN, 2006).

Em 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde, que é o órgão representativo da Organização Mundial da Saúde nas Américas, decidiu reavaliar os valores e os princípios que há algumas décadas inspiraram a Declaração de Alma Ata, de forma a desenvolver sua estratégia futura e orientações programáticas para a atenção primária em saúde. A estratégia resultante foi apresentada no documento **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**, publicado em 2007 em inglês, e traduzido para o português em 2008, que forneceu uma visão e um sentido renovados para o desenvolvimento de sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde e estabeleceu que cada país deveria encontrar sua própria forma de construir uma estratégia sustentável para fundamentar o seu sistema de saúde de acordo com esta abordagem (OPS, 2008).

A Figura abaixo sintetiza os valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na Atenção Primária em saúde, demonstrando que o direito à saúde representa elemento central deste modelo, assim como a equidade e solidariedade.

Figura 1: Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS.



Fonte: OPS, 2008, p. 9.

No Brasil, a Constituição de 1988 garantiu o direito à saúde da população prevendo expressamente que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Nesse contexto, a atenção primária em saúde incorporou no país os princípios da reforma sanitária, levando o SUS a adotar Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Entretanto, vários desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país. Ressalta-se, ainda, que apesar de ser um valor universalmente reconhecido, a saúde geralmente não é considerada como prioridade

política em termos de reais investimentos, o que acaba por tornar a população ainda mais vulnerável e suscetível a abusos. Como consequência, as pessoas não se percebem como titulares do direito à saúde, o que impede o exercício de sua cidadania plena.

Esta construção do direito à saúde no caso brasileiro vem sendo lenta e influenciada pela demarcação simbólica de uma hierarquia social fundada em extrema polarização, que se tece na permanência de padrões sociais autoritários, pertinentes não somente ao âmbito político, mas também ao conjunto das relações sociais: família, de convivência, de trabalho, inclusive relações entre o aparato estatal e o conjunto da sociedade. Nesse sentido, enquanto o governo democrático brasileiro se define pelo recurso a procedimentos mínimos sem os quais não poderia constituir-se uma democracia formal, como o voto secreto, sufrágio universal e eleições regulares, o regime democrático implicaria na produção de uma estrutura social capaz de autogerar comportamentos democráticos. A construção do SUS e do direito à saúde possui assim como maior desafio a conquista de um regime democrático (PINHEIRO & ASENSI, 2010), em que a saúde emergja como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício.

Esta realidade social fez surgir um tipo de prática voltada à defesa do direito à saúde denominada advocacia em saúde, compreendida como um conjunto de ações sociais, econômicas, políticas e jurídicas, coordenadas e voltadas à prevenção, proteção e promoção do direito à saúde, organizadas por atores sociais específicos que, por meio de ações concretas, buscam obter dos responsáveis a prática ou abstenção de uma ação em prol da saúde, individual, coletiva e pública (AITH, 2006). Dentre estes grupos, enfatizamos os enfermeiros e a equipe de enfermagem como profissionais fundamentais para a prática de iniciativas inovadoras de avaliação das necessidades de indivíduos e populações, visando o desenvolvimento da comunidade e o trabalho em parceria para o fortalecimento da saúde.

Nesse cenário de contradições e possibilidades, esta exposição apresenta como objetivo discutir o potencial da advocacia em saúde pela enfermagem, combinando o conteúdo material do direito à saúde com as possibilidades do contexto social e considerando suas diferentes dinâmicas de poder.

A definição da advocacia para a enfermagem tem sido uma meta da própria profissão, especialmente com a sua inserção em diferentes códigos de ética da enfermagem, dentre eles o Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros, que a descreve como uma função chave para a enfermagem. Como consequência deste movimento, a enfermagem se colocou ao lado do Direito e da Medicina, dentre as únicas profissões que formalizaram a advocacia como uma de suas funções, distanciando-se de um modelo centrado na obediência organizacional para a advocacia direcionada aos usuários dos

serviços de saúde.

Há considerável literatura estudando a advocacia em enfermagem e a atuação dos enfermeiros como advogados dos usuários dos serviços de saúde. Apesar destes estudos, há ainda várias lacunas na conceituação de advocacia em enfermagem, o que para alguns a torna um termo ambíguo e abstrato, dificultando sua prática (McSTEEN & McALPINE, 2006). Sendo assim, a inexistência de um modelo definindo parâmetros para a advocacia na prática profissional acentua ainda mais as dúvidas já existentes e dificulta o seu exercício pelos enfermeiros.

De forma geral, podemos dizer que a advocacia envolve, de um lado, a vulnerabilidade do indivíduo e, por outro, a humanidade na relação entre o enfermeiro e seus pacientes. Nesse sentido, o enfermeiro age para que o usuário dos serviços de saúde exercite seus direitos, especialmente o de auto-determinação.

Há, então, alguns elementos inerentes à advocacia: 1. A existência de algum tipo de dificuldade, conflito ou situações envolvendo escolhas éticas que gerem a necessidade da advocacia; 2. A pró-atividade do enfermeiro; 3. A ação do enfermeiro em favor dos usuários dos serviços de saúde, geralmente mediando suas relações com a família, os membros da equipe de saúde e outros setores da sociedade (McSTEEN & McALPINE, 2006).

A advocacia se tornou, portanto, um ideal ético com base no pressuposto de que o enfermeiro conhece melhor o paciente, uma vez que é o responsável pela continuidade do seu cuidado (DAVIS, KONISHI, TASHIRO, 2003). No âmbito da estratégia de saúde da família, o enfermeiro está ainda mais próximo ao usuário, sua família e da comunidade, compartilhando e vivenciando seus problemas e dificuldades.

Desse modo, no dia-a-dia, os enfermeiros são explícita ou implicitamente chamados a atuarem como “advogados” dos usuários de seus serviços, quando, por exemplo, os protegem de um tratamento desnecessário, de intervenções que não desejam ou, especialmente, quando informam os usuários de seus serviços sobre seus direitos, para que possam conscientemente decidir sobre suas futuras ações. A advocacia varia, então, com atitudes mais passivas ou ativas por parte do enfermeiro. Nessa perspectiva, é crucial que os enfermeiros se distanciem de uma orientação paternalista em direção a uma orientação centrada no usuário do serviço de saúde, que com as informações necessárias, pode buscar outras alternativas de acesso e exercício de seus direitos.

Contudo, o acesso à informação em saúde e sobre o direito à saúde não é algo dado e precisa ser constantemente construído nos diferentes serviços de saúde, com a participação do enfermeiro. Para entender melhor este quadro, realizamos uma pesquisa buscando identificar o conhecimento de usuários de uma Unidade Básica de Saúde sobre o

seu direito à informação em saúde. Participaram da pesquisa 22 usuários. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisados através de análise de conteúdo. Os resultados demonstraram dificuldades no acesso à informações sobre diagnóstico, exames, medicamentos, riscos e benefícios do tratamento; o sentimento de desequilíbrio nas relações de poder existentes entre o usuário e os profissionais de saúde; a insatisfação dos usuários por não receberem as informações necessárias, e o excesso de burocracia no atendimento (LEITE, 2010).

Constatamos, assim, que os enfermeiros podem e devem ter um papel mais ativo, por meio da advocacia, visando modificar este panorama. Para tanto, é fundamental que estejam preparados para uma comunicação assertiva, possuindo informação e conhecimentos sobre os seus direitos e deveres junto aos usuários, famílias, organização empregadora, organizações de classe, comunidade e sociedade em geral.

Nessas situações, os enfermeiros têm total condição para atuar como verdadeiros educadores, influenciando decisões que resultem em serviços de saúde mais efetivos, respeitando a equidade, facilitando a inclusão e buscando o reequilíbrio de poder, por meio de informações que embasem o exercício de direitos e resultem no empoderamento dos próprios enfermeiros e dos usuários de seus serviços neste processo.

Nesse cenário, o exercício da cidadania pelos usuários está diretamente relacionado ao seu empoderamento. Compreende-se por empoderamento, o processo pelo qual os que detêm o poder, no caso, os profissionais de saúde e os enfermeiros favorecem aos outros, os usuários, a adquirirem e usarem o poder necessário para tomar decisões que afetam a si ou sua vida (SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN, 2005).

O empoderamento do indivíduo por meio da informação tem papel fundamental no processo de auto-transformação da pessoa, na medida em que propicia um ambiente de mudanças com o intuito de oferecer autonomia aos indivíduos envolvidos (FREIRE, 2003; HANKS, 2007).

Nesse contexto, o enfermeiro, por meio da advocacia, pode facilitar o deslocamento do usuário da categoria de mero receptor, situando-o como ator central do processo de apropriação das informações, tornando-se um ser ativo e participativo.

Apesar de toda esta evolução conceitual e prática, alguns estudos apontam limitações para a advocacia em enfermagem. As dificuldades incluem o imperativo econômico e o trabalho com recursos escassos, tornando a saúde uma mercadoria, especialmente neste modelo neoliberal que restringe cada vez mais o papel do Estado. Citam-se, também, as dificuldades vivenciadas em virtude das diferenças de poder entre os membros da equipe de saúde, a falta de autonomia operacional e de autoridade no contexto

das organizações de saúde para que a enfermagem possa estruturar formalmente o seu conhecimento e sua prática visando efetivar ações de advocacia em prol dos usuários dos serviços de saúde e da comunidade.

Para lidar com estes desafios, os enfermeiros devem buscar caminhos alternativos, embasando suas reivindicações e argumentações com dados e evidências científicas. Nesse cenário, as habilidades técnicas são primordiais, mas devem ser associadas ao conhecimento e à habilidades que facilitem o relacionamento interpessoal.

Os enfermeiros precisam enfrentar conflitos e estar prontos para negociar e defender mudanças no *status quo*, buscando dar visibilidade e voz aos que não conseguem exercer os seus direitos e autonomia (SORENSEN & IEDEMA, 2007). Os usuários dos serviços de saúde estão, portanto, em condição de vulnerabilidade, com seus direitos muitas vezes negligenciados, sem informações e intimidados (CHAFEY, RHEA, SHANNON & SPENCER, 1998).

Com a advocacia, os enfermeiros exercem sua empatia, valores éticos, assertividade e persistência para lidar com o seu próprio medo, fadiga, frustrações e stress em um ambiente de potenciais conflitos entre os membros da equipe, com a falta de recursos econômicos, humanos e de infra-estrutura e a existência de modelos tradicionais de gestão organizacional e do próprio cuidado à saúde, podendo colocar em risco a segurança de seu trabalho (CHAFEY, RHEA, SHANNON, SPENCER, 1998).

Em suma, as características de auto-confiança e a força de sua convicção são influências importantes para a advocacia e facilitam a interação entre os enfermeiros e os usuários de seus serviços, por meio de diálogos genuínos em um contexto de abertura, disponibilidade e troca (McGRATH, HOLEWA, McGRATH, 2006). Como vimos, são várias as barreiras existentes para o exercício da advocacia em enfermagem em diferentes contextos, dentre eles o da atenção básica.

Por outro lado, apesar das dificuldades de definição do conceito de advocacia, os enfermeiros, em sua prática, buscam alternativas inovadoras diariamente para lidar com os diferentes problemas que surgem e já aplicam a advocacia em suas relações com os usuários dos serviços de saúde e a comunidade, unindo forças com os diferentes membros da equipe de saúde. Precisamos agora nomear essas ações como advocacia, dando visibilidade a esta função da enfermagem, que é tão importante quanto todas as outras já consensualmente aceitas e revelando ainda mais o comprometimento e a paixão do enfermeiro em sua luta diária pela integralidade do cuidado à saúde e a efetivação do direito à saúde no país.

## Referências

AITH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário**. 2006, 456 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

CHAFEY, K.; RHEA, M; SHANNON, A. M.; SPENCER, S. Characterizations of Advocacy by Practicing Nurses. **Journal of Professional Nursing**, v. 14, n. 1, p. 43-52, 1998.

DAVIS, A. J.; KONISHI, E.; TASHIRO, M. A Pilot Study of Selected Japanese Nurses' Ideas on Patient Advocacy. **Nursing Ethics**, v. 10, n. 4, p. 404-413.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148p.

HANKS, R. G. Barriers to Nursing Advocacy: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 42, n. 4, p. 171-177, 2007.

HEIDEMANN, I. T. S. **A Promoção da Saúde e a Concepção Dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

LEITE, R. A. F. **Direito à informação em saúde: análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

McGRATH, P.; HOLEWA, H.; McGRATH, Z. Nursing advocacy in an Australian multidisciplinary context: findings on medico-centrism. **Scandinavian Journal Caring Science**, 20, p. 394-402, 2006.

McSTEEN, K; McALPINE, C.P. The Role of the Nurse as Advocate in Ethically difficult care situations with dying patients. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 8, n. 5, p. 259-269, 2006.

MEIER, B. M. Global Health Governance and the Contentious Politics of Human Rights: mainstreaming the right to health for public health advancement. **Stanford Journal of International Law**, 46, p. 1-49, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Derechos Humanos y Derecho a la Salud: construyendo ciudadanía en salud. Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos**. Lima, 2005 (Cuaderno de Promoción de la Salud n. 16).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. OPS: Washington, 2008.

PINHEIRO, R; ASENSI, F.D. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 15-17, 2010.

SCHERMERHORN, J. R.; HUNT, J. G.; OSBORN, R. N. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 328 p.

SCHRECKER, T. The Health Case for Economic and Social Rights against the Global Marketplace. **Journal of Human Rights**, Taylor & Francis Group, v. 10, p. 151-177, 2011.

SORENSEN, R.; IEDEMA, R. Advocacy at end-of-life. Research design: an ethnographic study of an ICU. **International Journal of Nursing Studies**, 44, 1343-1353, 2007.

YAMIN, A E. Defining Questions: situating issues of power in the formulation of a right to health under international law. **Human Rights Quarterly**, v. 18, p. 398-438, 1996.

## A formação profissional de Enfermagem para a Atenção Básica em Saúde: um olhar voltado para a redução das desigualdades sociais e em saúde

Célia Alves Rozendo<sup>4</sup>

### Introdução

A formação de profissionais de saúde constitui aspecto fundamental quando se pensa e espera mudança no setor saúde, embora nem sempre se coloque como prioridade na agenda dos governos e na definição e implementação de políticas públicas. As profundas e rápidas transformações produzidas pela globalização e pelo avanço da ciência e da tecnologia, assim como, as novas formas de viver das pessoas e das coletividades vem produzindo novos desafios para a sociedade.

Importantes conquistas foram alcançadas no campo da saúde no último século, dentre elas a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. No entanto, muitos problemas de saúde/doença continuam a existir e há muito por se fazer. Visíveis disparidades e desigualdades sociais e em saúde persistem ao longo do planeta, entre países e dentro dos próprios países, evidenciando que os avanços e as conquistas obtidos no campo da saúde não são distribuídos de forma equitativa. Ao mesmo tempo, novos problemas de saúde/doença vêm se apresentando: epidemias e doenças infecciosas contemporâneas, diferentes riscos ambientais e comportamentais, rápidas transições demográficas e epidemiologias (FRENK et al., 2010).

Essa complexa realidade impõe inúmeros desafios que exigem respostas urgentes dos sistemas de saúde, gerando novas demandas para os processos de formação dos trabalhadores de saúde. Segundo Frenk et al. (2010) os profissionais tem sido mal preparados, cuja formação não tem respondido aos desafios porque os currículos são fragmentados, obsoletos e estáticos.

Os desafios acima tornam-se mais graves e urgentes se a realidade social é adversa, como é o caso do Brasil e, em escala ainda mais perversa, regiões mais pobres como o Norte e o Nordeste, cujas condições de vida e de saúde refletem as enormes desigualdades sociais e de saúde. Mudar essa realidade requer a observação dos determinantes sociais que estão na origem das desigualdades. Isso não implica somente na melhoria dos indicadores sociais e de saúde, mas indica, principalmente, o movimento da sociedade em direção ao compromisso com as necessidades das pessoas e das comunidades (MARMOT, 2005).

---

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Professora Associada da Escola de Enfermagem e Farmácia da universidade Federal de Alagoas. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Alagoas (PPGENF/UFAL). Docente permanente do PPGENF/UFAL e do Mestrado ensino na Saúde/UFAL

Tal perspectiva também deve estar presente na formação dos profissionais de saúde. Para enfrentar e superar os desafios da magnitude acima apontada, um dos elementos centrais é a formação de profissionais comprometidos com a mudança da realidade social, mas não apenas isso: é fundamental que se desenvolvam competências nessa direção. Nesse sentido, direcionar a formação dos profissionais com foco na atenção básica à saúde (ABS) pode ser um dispositivo potencialmente transformador da formação e da realidade social.

### **A formação de enfermeiras no Brasil**

O ensino formal de enfermagem no Brasil teve início em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), hoje Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esse fato teve uma relação direta com a necessidade de estruturação dos serviços de saúde pública da cidade do Rio de Janeiro, medida necessária ao controle das epidemias e endemias que assolavam o país à época e ameaçavam a economia brasileira (GERMANO, 2003; ITO et. al, 2006).

Os primeiros currículos de enfermagem (1923, 1949, 1962 e 1972), contudo, foram construídos numa perspectiva individual e curativa, centrada na atenção hospitalar. O modelo predominante nesses períodos foi o médico/hospitalar, distante da atenção coletiva e preventiva e que buscava atender aos interesses colocados pelo processo de industrialização que se iniciava no país (ITO et. al, 2006). As décadas de 1980 e 1990 exigiram a discussão de propostas curriculares que atendessem as necessidades impostas pela reforma sanitária e pelo sistema de saúde, alinhadas com os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade e com a perspectiva de formação generalista.

Após ampla discussão, em 1994 surgiu nova proposta curricular para a formação de enfermeiros que levasse em conta a educação como possibilidade de transformação social e formação de profissionais críticos, com capacidade de reflexão e comprometidos com as questões sociais (ITO et. al, 2006). Até esse momento todas as propostas curriculares previam um currículo mínimo a ser seguido por todas as escolas e cursos de formação de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros.

Em 2001, como consequência da Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação de enfermeiros no Brasil, as quais definem elementos essenciais à formação e favorecem a construção de currículos inovadores e flexíveis. As DCN orientam que as propostas curriculares, entre outros aspectos, devem ser pautadas na formação generalista, cidadã e profissional, o processo ensino-aprendizagem deve ser centrado nos estudantes, além de destacar a importância da diversidade de cenários para a aprendizagem (NETO et al., 2008).

Destaca-se, ainda, o desenvolvimento de competências voltadas para a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente. Tal desenvolvimento inspira-se na capacidade de aprender a aprender, que inclui aprender a conhecer, a fazer, a ser e a viver junto (CORBELLINI et. al, 2010). É preciso reconhecer que as DCN trouxeram avanços para a formação dos profissionais de saúde, principalmente no que se refere à flexibilidade curricular, o que implica na possibilidade de construir propostas que atendam as necessidades de cada região. Isso é particularmente importante se considerarmos o fato de o Brasil ser um país continental, com grande diversidade cultural e econômica, bem como, significativas desigualdades regionais.

As DCN, isoladamente, não são e não serão capazes de produzir as mudanças esperadas na formação. Para além disso, é importante se considerar os aspectos sociais e políticos envolvidos no trabalho em saúde e na enfermagem como componentes importantes da formação e da implementação das políticas públicas (FERNANDES e REBOUÇAS, 2013). Nesse sentido, é fundamental a participação colaborativa dos órgãos formadores, das associações profissionais de enfermagem e dos formuladores de políticas públicas.

### **A formação de profissionais de enfermagem para a atenção básica: desafios e possibilidades para o enfrentamento das desigualdades sociais e em saúde**

Do ponto de vista da cultura sanitária, a atenção básica à saúde (ABS) coloca-se como uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde e pode dar respostas a grande maioria das demandas e necessidades de saúde da população. Isso implica na necessidade de investimento de todas as ordens e no resgate da definição ampliada da ABS, que implica na compreensão tanto dos aspectos da gestão e das práticas clínicas quanto das políticas públicas necessárias ao alcance dos objetivos e dos resultados da ABS, o que vem sendo uma das dificuldades no Brasil (CAMPOS e GUERREIRO, 2010).

Do mesmo modo, há problemas na formação de profissionais de enfermagem nessa direção. No caso específico da formação de enfermeiros, isso parece ser particularmente importante, considerando o papel que esses profissionais ocupam na equipe de enfermagem e de saúde. Embora as DCN de Enfermagem não apontam competências e conteúdos específicos para ABS, indicam elementos que orientam nessa perspectiva. Alguns avanços nessa direção vem sendo observados, mas na prática a formação ainda é muito voltada para os aspectos técnico-assistenciais com foco na atenção hospitalar e em modelos tradicionais, tanto no campo da atenção, da gestão e do ensino.

Reverter essa lógica na formação de profissionais em saúde, em especial de enfermagem, é um enorme desafio que exige a participação dos órgãos formadores, das associações profissionais e dos formuladores de políticas. A partir do ano 2000 iniciativas de grande envergadura vem

sendo tomadas, como por exemplo, o Projeto de Profissionalização da Área de Enfermagem (PROFAE), o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) e, mais recentemente a fusão desses dois últimos, o Pró-Pet Saúde. Tais iniciativas, sem dúvidas, tem sido muito importantes e tem produzido experiências exitosas e bons resultados no interior dos cursos de graduação, no entanto não tem sido capazes de promover mudanças mais contundentes nos processos de formação como um todo.

Ao se pensar na formação dos profissionais para a atenção básica, faz-se necessário pensar sobre os princípios e as diretrizes que a regem. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é norteada “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral”. (BRASIL, 2012)

Suas diretrizes e fundamentos apontam: o território como o *locus* das ações e intervenções baseadas nos determinantes e condicionantes da saúde da população a ele circunscrita; acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, adscrição dos usuários a equipes específicas, cujo trabalho é permeado por vínculo e responsabilidade, integralidade coordenada em seus vários aspectos e, por fim, estímulo à participação dos usuários, com ampliação da autonomia e da capacidade de construir seu cuidado e da coletividade. A Estratégia Saúde da Família é tida como prioritária para a expansão e fortalecimento da atenção básica.

A formação, nesse contexto, se apresenta ao mesmo tempo como um desafio e uma possibilidade concreta de dar conta das diretrizes e fundamentos acima apontados e de produzir mudanças capazes de impactar na redução das desigualdades sociais e em saúde. É, Para tanto, é necessário pensar a formação levando-se em conta a integração ensino-serviço-gestão, o desenvolvimento de competências técnico-assistenciais e a inovação/ousadia pedagógica. Além disso, essa formação deve privilegiar a educação interprofissional e o aprendizado/desenvolvimento de liderança, considerando a implicação e a educação permanente como pilares.

### **Considerações finais**

Nesse início do século XXI a formação dos profissionais de saúde continua sendo um grande desafio, ao mesmo tempo em que se constitui como uma grande possibilidade de impactar positivamente em direção às mudanças desejadas e necessárias que possam contribuir para a redução das desigualdades sociais e em saúde.

Reverter a lógica na formação de profissionais em saúde, em especial de enfermagem, é um enorme desafio que exige a participação dos órgãos formadores, das associações profissionais e dos formuladores de políticas. É ingênuo pensar que apenas as escolas formadoras, isoladamente, são capazes de produzir tais mudanças e a reversão da lógica predominante.

Nesse sentido, é importante considerar os aspectos sociais e políticos presentes no trabalho em saúde e na enfermagem como componentes importantes da formação e da implementação das políticas públicas, assim como as inúmeras articulações exigidas no processo de formar profissionais implicados, responsáveis e comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa e menos desigual.

### Referências

BRASIL. **Situação social nos estados**: Alagoas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A.V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2.ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CORBELLINI, V. L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2010, v. 63, n. 4, p. 555-60.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L.C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **RevBrasEnferm**, 2013, v. 66, n especial, p. 95-101.

FRENK et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in na interdependent world. **The Lancet**, 2010, v. 376, p. 1923-1958.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **RevBrasEnferm**, Brasília (DF), 2003; v.56, n.4, p 365-68.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev.Esc.Enferm USP**, 2006, v. 40, n. 4, p. 570-75.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, 2005, v. 365, p. 1099-104.

NETO, D. L. et al. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2008, v. 61, n. 1, p. 46-53.

## Qualidade e resolutividade da Atenção Básica em Saúde aos grupos populacionais vulnerabilizados

Cristina Maria Douat Loyola<sup>5</sup>

O grupo que eu vou considerar como vulnerável aqui é o grupo das pessoas com transtorno mental ou com sofrimento psíquico.

Retomamos a idéia de modelo de atenção à saúde, afirmando que os modelos propostos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária brasileiras redirecionam a atenção à saúde, do hospital para a comunidade, desconstruindo alguns saberes, propondo uma nova forma de olhar a loucura como experiência humana, cuja vivência difere dos assim chamados normais, em duração e intensidade, uma novidade quantitativa e não qualitativa.

Este movimento propõe, sobretudo, novas formas de assistência, através de dispositivos que garantem o ir e vir pela cidade, **espaço social a ser atravessado**, no sentido concreto e simbólico.

Também, reconhece a comunidade como o *locus* preferencial de intervenção, pela sua condição natural de **continência**, de **convívio**, no reconhecimento de que estes **territórios existenciais inéditos**, capazes de **tolerância**, ancorados na construção do comum (ao mesmo tempo coletivo e plural) são vitais, porque permitem aos profissionais **fugir da posição de derrota que transtornos severos e/ou de longa duração costumam produzir**. As práticas aí realizadas têm a marca da **ousadia**, da **invenção** e de uma **potência de transformação** francamente terapêuticas.

É bastante provável que a realidade vivenciada pelas equipes de Saúde da Família no atendimento ao portador de sofrimento psíquico seja permeada por inquietações, indagações e, muitas vezes, pela dificuldade em intervir de forma eficiente no cuidado a esse grupo populacional.

É por isso que julgamos importante propiciar uma reflexão sobre o cotidiano do atendimento em saúde mental nessas equipes. Contudo, para chegar a esse cotidiano, entendemos ser necessário percorrer um caminho que resgata um pouco da história da loucura e os novos dispositivos de atenção preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Discutir um conhecimento que possibilite a efetividade e a resolubilidade das ações de saúde mental na atenção básica.

---

<sup>5</sup> Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. E-mail: [crisloyola@hotmail.com](mailto:crisloyola@hotmail.com)

O seu cotidiano, as interações entre os membros da equipe, as possibilidades de atenção ao portador de sofrimento psíquico na atenção básica e as políticas sociais vigentes em seu município devem ser considerados os princípios estruturadores de qualquer proposta de trabalho.

E sobretudo, estar presente-em- movimento, esse estar- aí-junto, “por as pessoas em pé”, habitar o limite e a tensão, investir na força, gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes de um consultório ou de um hospital.

A experiência de parceria da saúde mental e da saúde da família, é uma “máquina terapêutica” em constante deslizamento e transformação (Lancetti, Antonio, clinica peripatetica. São Paulo:hucitec, 2006).

Os agentes comunitários de saúde, em virtude de sua **condição paradoxal**, pois são ao mesmo tempo membros da comunidade e da organização sanitária, fazem funcionar uma potencialidade radical nesta **clínica de “complexidade invertida”** (Lancetti, idem).

Eles são **trabalhadores afetivos (ibidem)** e revelam uma capacidade de **incidir nos processos de produção de subjetividade**, porque é nesta alma *comum e comunitária* que está radicada a sua potência de cuidar em saúde mental.

Para atingir nossos objetivos, sugerimos que as universidades e escolas utilizem metodologia problematizadora, uma concepção pedagógica que parte do princípio de que o aluno é sujeito ativo no seu processo de ensino-aprendizagem, e o seu cotidiano de trabalho é ponto de partida para a construção do conhecimento, num ato de aproximações sucessivas ao objeto a ser apreendido. Importante salientar que todos nós aprendemos por meio do nosso referencial de vida, da nossa inserção na cultura, menos pelas nossas **tecnologias, informações e conhecimentos (TIC)** e mais pelas nossas **tecnologias, aprendizados e convivências (TAC)**. Rocha, Tiao. [www.cpcd.org.br](http://www.cpcd.org.br).

Esta passagem de **TIC para TAC**, aparentemente simplória, é determinante para a transformação da qualidade da nossa intervenção terapêutica, porque tecnologias (duras ou leves) que melhoram a qualidade de vida do outro, de quem cuidamos, exigem a disponibilidade ou capacidade para o aprendizado no individual e no coletivo, que impliquem em conviver (**viver junto com**), submeter à crítica da comunidade, sob risco de serem desenvolvimento tecnológico apenas, cujo mérito encerra-se em si mesmo, inútil para a vida constituída a partir de laços sociais.

Em saúde mental, raramente existe apenas uma conduta correta a ser tomada diante de um problema concreto.

A diversidade dos sujeitos implicados, seus contextos e limitações de recursos é que irão definir as medidas possíveis a serem adotadas.

Envolver a equipe de Saúde da Família nas discussões sobre o tema, pode ser entendido como uma forma de reorganizar a atenção em saúde mental em sua comunidade, com vistas a garantir o cuidado efetivo e com qualidade, apostando sempre na autonomia possível e na habilidade de qualquer tipo do portador de sofrimento mental.

O que podemos esperar de uma enfermeira da AB para assistir em saúde mental?

-Saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação;

- conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais;

- instituir tratamento não-farmacológico, quando indicado;

-que ela seja capaz de sugerir ações que contribuam com uma proposta assistencial voltada para a atenção comunitária.

- Compreender o conceito de transtorno mental, suas principais causas, sua prevalência na comunidade e a importância de seu tratamento.

-Construir o diagnóstico da atenção à saúde mental de sua área de atuação, enfocando as políticas de saúde mental existentes, os recursos humanos e materiais disponíveis, os equipamentos de atendimento e os casos mais prevalentes.

- Identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação.

- Planejar ações estratégicas para a atenção em saúde mental em seu território, tendo como referência os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, entendendo a potência terapêutica do ACS na equipe.

Considerando a especificidade da atuação de cada profissional, julgamos adequado estabelecer os seguintes objetivos:

### **Médico**

\* Saber diagnosticar precocemente e instituir tratamento psicofarmacológico e/ou psicossocial inicial aos transtornos mentais mais frequente na clínica geral: ansiedades,

depressões, somatizações , reações agudas ao estresse, dependência química – enfoque no alcoolismo e no abuso de benzodiazepínicos, além da crise psicótica e abordagem do suicídio;

- \* delegar a outros técnicos da sua equipe as tarefas correspondentes às suas competências e capacidades;

- \* encaminhar para os serviços especializados ( ambulatórios e CAPS) os pacientes que necessitarem de investigação diagnóstica mais complexa, ou que não responderem bem ao tratamento instituído inicialmente pela atenção primária;

- \* gerenciar a situação clínica do paciente, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados;

- \* organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde;

- \* realizar prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.

# CASO CLEIDE

## EXEMPLO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

<u>PROBLEMA</u>	<u>AÇÃO COMUNITÁRIA</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>MORADORA DE RUA, ALCOOLATRA, ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA</li> <li>BEBENDO NA GRAVIDEZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MÃES CUIDADORAS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ALGUNS BARES NÃO ADEREM AO ACORDO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACORDO COM OS BARES</li> <li>BOICOTE ÀS COMPRAS NESTES BARES</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>INDIFERENÇA À GRAVIDEZ</li> <li>NASCEM GÊMEOS E ELA VOLTA A BEBER</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>REUNIÕES PARA ESCOLHER O NOME DOS BEBÊS/FOTOS - EROTILDES E ANTONIO: VÍNCULO MÃE-BEBÊ.</li> <li>PADRE E CONSELHO TUTELAR TIRAM OS MENINOS</li> </ul>

INTERNAR EM CLÍNICA, ABORTO, CURATELAR, LIGAR TROMPAS, DAR MENINOS PARA ADOÇÃO

MÃES CUIDADORAS INTERVEM OS MENINOS  
RETORNAM À CASA, ADMITEM A CLEIDE COMO  
UMA DELAS:

## Indicadores de Qualidade na Atenção Básica em Saúde e na Enfermagem

Elaine Thumé<sup>6</sup>

Mariangela Uhlmann Soares<sup>7</sup>

A descentralização político-administrativa ocorrida no processo de municipalização da saúde, na década de 90 do século passado, transferiu à gestão municipal a responsabilidade de não apenas coletar dados, mas também processá-los, gerando informações em saúde de base local, de modo a organizar a rede de saúde com base no perfil epidemiológico do município e/ou região de saúde de forma ágil e em tempo oportuno.

No processo de implantação das equipes de Saúde da Família, iniciado em 1994, o cadastramento da população na Unidade de Saúde da Família (adscrição) tem como objetivo o mapeamento das condições de risco e o planejamento do trabalho com base em um território previamente definido (adstrito). Dentre as atividades da equipe de saúde da família está previsto o monitoramento e a avaliação das ações programáticas, de modo a traçar metas e objetivos para a atenção à saúde de qualidade.

Avaliar a qualidade significa otimizar insumos e habilidades profissionais para produzir ações em saúde que satisfaçam as necessidades dos indivíduos e populações. A qualidade é um conceito dinâmico, definida como "grau no qual os serviços de saúde ofertados aos indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e consistentes com o atual conhecimento profissional" (IOM, 2001).

Dentre os elementos da avaliação dos serviços de saúde, Donabedian propõe considerar os elementos da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados. A **estrutura** inclui a infra-estrutura, os equipamentos, as tecnologias, os níveis de financiamento, os recursos humanos, os sistemas de pagamento e incentivos. Os dados são de fácil obtenção e comumente utilizados em estudos de qualidade nos países em desenvolvimento. Entretanto, melhorias estruturais dos serviços de saúde, por si sós, raramente melhoram a saúde da população.

Na avaliação do **processo** é observada a interação entre profissionais de saúde e usuários, além da forma de organização dos serviços para alcançar os resultados desejados.

---

<sup>6</sup> Professora do Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFPEL [elainethume@gmail.com](mailto:elainethume@gmail.com)

<sup>7</sup> Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFPEL [mariangela.soares@gmail.com](mailto:mariangela.soares@gmail.com)

A avaliação dos processos é a forma preferida para avaliar a qualidade, devido à sua vinculação com os resultados em saúde.

Os indicadores de **resultado** podem ser medidos em termos de estado de saúde, como por exemplo, os indicadores de mortalidade ou anos de vida ajustados por incapacidade - uma medida que abrange a morbidade e mortalidade de usuários ou grupos de usuários.

A **satisfação** e a **receptividade** do usuário ao sistema de saúde também são considerados bons indicadores de resultado. Entretanto, avaliar o resultado de forma isolada pode não ser uma via eficiente para medir qualidade, devido estar fortemente vinculado ao problema de saúde em questão.

Desde o início dos anos 2000, alguns avanços puderam ser observados na construção de indicadores para a avaliação da qualidade. É consenso que as ações em saúde precisam atender para a **Segurança**, ou seja, ser de risco mínimo para os indivíduos. Também é necessário avaliar a **Eficácia**, questionando se o cuidado ofertado é cientificamente comprovado e se ele está atingindo a população 'alvo'. O **Cuidado centrado no usuário** é outro indicativo de qualidade, pois respeita as preferências, as necessidades e valores dos indivíduos. Além disso, o **Cuidado oportuno** também deve ser avaliado, considerando se o tempo de espera para o atendimento está adequado. No processo é importante verificar a **Eficiência** no uso de equipamentos, suprimentos e da energia dispensada no trabalho. Finalizando, avaliar a **Equidade** do cuidado é fundamental, de modo a evitar discriminação de gênero, etnia ou posição socioeconômica (IOM, 2001). Estes itens foram reavaliados a partir dos sete pilares da qualidade propostos por Donabedian (The seven pillars of quality, 1990).

A tomada de decisão precisa estar fundamentada em indicadores de qualidade; portanto, na construção de indicadores de qualidade é necessário estar atento para a forma de obtenção dos dados, a forma de organização e processamento na geração de informação para divulgar aos gestores, trabalhadores e população em geral.

No âmbito da atenção básica se destacam algumas iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Dentre elas, o estudo de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família - PROESF (2005) e a iniciativa de implantação dos padrões de qualidade propostos na Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e gestão

municipal, desenvolvidos em cooperação técnica com a Organização Pan- Americana da Saúde. O objetivo foi inserir a cultura avaliativa para **melhoria da qualidade** em todos os componentes e espaços de atuação da Estratégia de Saúde da Família.

Desde 2011, a proposta para avaliação da atenção básica está centrada no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), uma parceria entre Universidades Federais e o DAB. O objetivo inicial foi a realização da avaliação da estrutura dos serviços na totalidade das UBS do Brasil, tendo como base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para as equipes que aderiram voluntariamente ao PMAQ, foi aplicado um instrumento para a obtenção de indicadores de processo e resultado, através da entrevista com profissionais de saúde e usuários. Em um processo anterior à avaliação externa (sob responsabilidade das Universidades), as equipes com adesão ao PMAQ realizaram uma autoavaliação, denominada "Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" (AMAQ), cujo instrumento trabalha com padrões de qualidade, a exemplo da avaliação anterior realizada pelo AMQ.

Na última década, a equipe da Universidade Federal de Pelotas teve a possibilidade de participar de pesquisas para avaliação do desempenho da atenção básica. Dentre estas, o ELB/PROESF (2005), **Acesso e Qualidade na Rede de Saúde (AQUARES - 2008/2009)**, Saúde dos Idosos (2008), **Bolsa Família e desempenho dos serviços atenção básica (2010)**, PMAQ ciclo I (2012), PMAQ ciclo II (2013/2014).

Nesta apresentação, gostaria de compartilhar com vocês alguns resultados do estudo AQUARES. Os dados foram coletados em 100 municípios de 23 estados das cinco regiões geopolíticas brasileiras, entre os meses de agosto de 2008 e abril de 2009. Foram coletados dados sobre a saúde das crianças menores de 5 anos, incluindo informações sobre a gestação e cuidados puerperais às mães (n=6.397 crianças), adultos entre 20 e 59 anos (n=12.402) e idosos com 60 anos ou mais (n= 6.624).

Os indicadores selecionados para avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal (PN) foram os seguintes: início do PN até 12- semana; ter as mamas examinadas; ter realizado, no mínimo , um exame ginecológico; solicitação de exame de urina; detecção de HIV; no mínimo uma ultrassonografia; e ter recebido receita de sulfato ferroso. Do total das mulheres entrevistadas, cerca de 97% havia realizado, no mínimo, uma consulta de pré-natal e 86% iniciaram o acompanhamento da gravidez antes da 12- semana gestacional. No entanto, as mamas foram examinadas apenas em 60% e o exame ginecológico em 67% das

gestantes. O uso de sulfato ferroso não foi indicado para 18% delas e 8% não realizaram exame para identificação de HIV.

Ao investigarmos as orientações recebidas, identificamos que 92% das mães receberam orientação para amamentar exclusivamente ao peito até os 6 meses, 72% delas foram orientadas para limpar a boca da criança e entre as fumantes, 16% não receberam orientação para parar de fumar durante a gestação.

Dezessete por cento das crianças não foram levadas a um serviço de saúde (público, privado, conveniado) nos primeiros quinze dias de vida para uma consulta de revisão, mas 95 % das mães referiram ter realizado o teste do pezinho nos primeiros 15 dias de vida.

Na avaliação de qualidade da atenção à população adulta, foi investigado o recebimento de orientações para a prática de atividade física; sobre malefícios do tabaco (entre fumantes); sobre cuidados com higiene bucal; e sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais. A atenção básica foi responsável por orientar 27% dos adultos para a prática de atividade física, 16% sobre os malefícios do tabaco, 25% sobre cuidados com higiene bucal e 31% das orientações sobre uso de preservativo.

A população idosa foi questionada sobre diagnóstico médico de diabetes. A prevalência de diabetes foi de 17%.Dentre estes, apenas 78% dos idosos havia consultado um médico para o problema de diabetes no último ano e, neste mesmo período, apenas 36% deles teve seus pés examinados por algum profissional de saúde.

O estudo **Bolsa Família e desempenho dos serviços atenção básica**, realizado em 2010, objetivou comparar indicadores de situação de saúde, de utilização de serviços e de qualidade da atenção entre beneficiários do Programa Bolsa Família e não-beneficiários com e sem perfil de elegibilidade para o Programa, sob dois modelos de atenção básica à saúde (PSF e Tradicional), em duas regiões brasileiras (Sul e Nordeste). Dos 35 municípios sorteados aleatoriamente, 18 eram da região Sul (RS, SC e PR) e 17 da região Nordeste (CE, PE, BA). A amostra foi localizada na área coberta por 244 unidades básicas de saúde e o critério para elegibilidade da família era ter no domicílio, crianças até 7 anos de idade

Foram realizadas 7.421 entrevistas no Nordeste e 6.926 no Sul e selecionados alguns indicadores para avaliação da qualidade da atenção do pré-natal, do pós-parto e da puericultura apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1.** Indicadores selecionados para avaliação da qualidade do pré-natal, do pós-parto e da puericultura. UFPel, 2010

Qualidade do pré-natal	Qualidade do pós-parto	Qualidade da puericultura
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Início antes de 120 dias</li> <li>- Seis consultas ou mais</li> <li>- Solicitação de exame VDRL</li> <li>- Orientação para aleitamento exclusivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter feito revisão de parto</li> <li>- Exame de mamas</li> <li>- Orientação para aleitamento exclusivo</li> <li>- Investigação sobre depressão, tristeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta até 15 dias para pesar e medir</li> <li>- Consulta de 15 dias até um ano para pesar e medir</li> <li>- Esquema vacinal em dia</li> </ul>

Fonte: Relatório final do estudo Bolsa Família, UFPEL

Na busca de uma medida sintética, foi considerado o pré-natal, o pós-parto e a puericultura de alta qualidade quando houve respostas afirmativas para a totalidade dos indicadores de cada uma das ações programáticas.

Quanto à qualidade do pré-natal, observou-se que 62% da amostra no Nordeste e 73% no Sul receberam atenção de alta qualidade. No pós-parto, a alta qualidade foi verificada para apenas 13% da amostra do Nordeste e 30% do Sul. Na avaliação da puericultura, a alta qualidade foi observada para 61% da amostra do Nordeste e 88% no Sul. A análise estratificada por renda mostrou que proporção de alta qualidade na atenção pré-natal, no pós-parto e na puericultura foi observada nos grupos de mais alta renda, não elegíveis ao benefício Bolsa Família.

Os resultados dos estudos auxiliaram nosso grupo de pesquisa na organização dos conteúdos do Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade a distância e ofertado para enfermeiros, médicos e odontólogos vinculados com a atenção básica, atualmente com cerca de 2.600 alunos. Os eixos temáticos propostos incluem a organização e gestão dos serviços; o monitoramento e a avaliação da ação programática; o engajamento público; e a qualificação da prática clínica.

O uso de indicadores de saúde de base local são altamente estimulados. Para isto, o levantamento dos dados dos agentes comunitários de saúde com o cadastramento da população através do SIAB é de extrema relevância. Entretanto, devido a fragilidade dos sistemas locais de informação, os dados muitas vezes apresentam-se defasados e impróprios para o uso. Desta forma, o que é o principal na construção de indicadores, no caso o denominador, permanece desconhecido.

Para as ações de monitoramento e avaliação os alunos são orientados a considerar **área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde**. A proposta do curso EAD - UNASUS/UFPel é a de que cada especializando faça o diagnóstico situacional das ações

programáticas da UBS onde está trabalhando e escolha uma das ações para implementar um projeto de atuação. Para avaliar o resultado da intervenção é estimulado o uso de indicadores de cobertura e de qualidade.

O denominador para a **cobertura** é o **total da população-alvo estimado** para a área adstrita de sua UBS. O denominador para os indicadores de **qualidade** é a **população- alvo acompanhada** na sua UBS.

- **Indicador de cobertura do pré-natal - Proporção de gestantes moradoras na área de abrangência e cadastradas no programa de pré-natal da UBS**

Numerador: número de gestantes residentes na área de abrangência cadastradas no programa.

Denominador: número de gestantes residentes na área de abrangência da UBS. **Por exemplo:** Se 75 gestantes residem na área de abrangência da UBS e 50 delas estão cadastradas programa de pré-natal da UBS, a **cobertura do pré-natal será de 67%.**

- **Indicador de qualidade do pré-natal - Proporção de gestantes com consultas em dia de acordo com o protocolo do MS.**

Numerador: número de gestantes cadastradas no programa com consultas em dia

Denominador: número de gestantes residentes na área de abrangência e cadastradas no programa

**Por exemplo:** Se 50 gestantes residentes na área de abrangência estão cadastradas no pré-natal da UBS e apenas 43 delas estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, isto significa que a proporção de gestantes com consultas em dia é de 86%.

A pergunta que as equipes devem fazer é se estes indicadores podem ser melhorados e qual a forma de organizar os serviços de modo a aumentar a cobertura e a qualidade da oferta dos serviços. Esta é a razão para que a enfermagem se aproprie das questões do monitoramento e avaliação para melhorar a oferta de serviços de qualidade.

Finalizando, gostaria de reforçar a necessidade de ter clareza sobre quem irá utilizar os resultados para tomada decisão - Trabalhadores da Saúde? Gestores? Controle Social? É necessário definir e pactuar quais indicadores serão utilizados na avaliação da qualidade e a forma como os dados serão obtidos, de modo a permitir a comparabilidade dos achados entre UBS, municípios e estados.

Há necessidade de disponibilizar indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto. Os indicadores relacionados ao processo de trabalho tem especial relevância, pois

podem destacar elementos essenciais, como por exemplo, a segurança, a eficácia, o cuidado centrado no usuário, o cuidado oportuno, a eficiência e a equidade.

Apesar de estarmos falando de indicadores, de números, reforço que os números apenas estão refletindo nossa capacidade de cuidar de pessoas. Os profissionais de saúde, neste caso em especial as equipes de enfermagem, não podem esquecer que estamos cuidando de outras pessoas em períodos de necessidades e momentos estressantes. A enfermagem exerce um papel central e articulador na defesa da qualidade do cuidado.

## Referências

Curso de especialização a distância em Saúde da Família - disponível em <https://dms.ufpel.edu.br/p2k>

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 1990; 114(11):1115.

Facchini L.A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 669-681, 09 2006.

Facchini L.A. et al. Desempenho da Atenção Básica em beneficiários do Bolsa Família: contribuições à redução de desigualdades em saúde. In Campello T. & Neri M.C. Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA, 2013, p. 273-284.

Institute of Medicine - Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century, Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press, Washington D.C, 2001.

Piccini R.X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. saúde matern. infant*, v. 7, n. 1, p. 75-82, 03 2007.

Waldman E.A. Vigilância como prática de saúde pública. In CAMPOS, G.W.S.C. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2009, p. 487-528.

## Assistência de Enfermagem na Resolutividade e Qualidade da Atenção Básica

Ena de Araújo Galvão<sup>8</sup>

A Resolutividade e Qualidade da Atenção Básica no campo da Enfermagem, tema amplo e de grande relevância traz, neste texto, dois recortes: o primeiro aborda a educação profissional de nível técnico na área, mesmo sabendo que premissas colocadas servem também à formação do nível superior. O segundo centra-se na legislação de ensino, eixo norteador da organização dos currículos e práticas profissionais, que vem regulamentando o campo da educação profissional nos últimos quarenta anos.

O primeiro aspecto legal a ser considerado no período escolhido vem da Lei nº 5.692/71 que fixava as diretrizes do ensino de 1º e 2º graus no País. Como decorrência, sua regulamentação foi feita pelo Parecer nº 45/72 do então Conselho Federal de Educação – CFE. Este Parecer tratava da “qualificação para o trabalho no ensino de 2º grau e do mínimo a ser exigido em cada habilitação profissional”.

Na área da enfermagem foi aprovado o curso técnico e os mínimos a serem exigidos. Outras habilitações foram também criadas para o nível auxiliar:

- Auxiliar de Administração Hospitalar;
- Auxiliar de Documentação Médica;
- Auxiliar de Fisioterapia;
- Auxiliar de Reabilitação;
- Secretária de Unidade de Internação;
- Auxiliar de Nutrição e Dietética;
- Visitadora Sanitária

Por meio das entidades da categoria Enfermagem inicia-se uma discussão com a área da educação, de forma a corrigir o equívoco da formação de auxiliares tão diversificados, debate esse, que perdura até a aprovação da Resolução nº 07/77 – CFE, que “institui a habilitação do Técnico e Auxiliar de Enfermagem ao nível do ensino de 2º grau”.

Esta Resolução é categórica em seu artigo 7º:

“Será condição indispensável para a realização de estudos que levem à habilitação do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem, a comprovação da possibilidade do desenvolvimento das matérias

---

<sup>8</sup> Escola Técnica de Enfermagem de Brasília [enagalvao@gmail.com](mailto:enagalvao@gmail.com)

específicas da parte de formação especial do currículo em **unidades hospitalares**". (grifo nosso).

Assim, a formação de profissionais mais voltados para a Saúde Pública, que antes era feita pelo Serviço Especial de Saúde Pública, responsável por grandes campanhas de combate às endemias, e, posteriormente pela antiga Fundação Especial de Saúde Pública – Fsesp perde força na enfermagem que se volta mais à formação hospitalar. A Visitadora Sanitária continuava sendo preparada pela Fsesp, assumindo, de certa forma as ações mais voltadas para a enfermagem em saúde pública, deixando de ser, inclusive, sob o ponto de vista legal, uma habilitação auxiliar desta categoria profissional.

Em 1986 é regulamentado o exercício da enfermagem em todo o País, por meio da Lei n 7.498/86 e o Decreto n 94.406/87 reconhecendo como integrantes desta categoria profissional os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e as parteiras. Embora as atribuições dos profissionais sejam amplas, o próprio modelo assistencial não contribuiu para uma formação mais voltada para a atenção básica.

Com a expansão da rede primária de atenção e o déficit de profissionais preparados para os cuidados mais voltados às famílias, comunidade e meio ambiente, a Organização Pan-americana da Saúde – OPAS, então responsável por um grupo interministerial que estudava a força de trabalho em saúde e buscava soluções educativas com um centro maior na prevenção de doenças e promoção da saúde, passou a negociar com os órgão de classe, a formação profissional de técnicos de nível médio, também voltados para a saúde pública.

Dentre as estratégias desenvolvidas pelo grupo OPAS coube a responsabilidade de dar respostas à formação de grande contingente empregado nos serviços de saúde, públicos e privados, sem a devida qualificação ou mesmo sem a conclusão da escolaridade como direito de cidadania. O estudo desenvolvido pelo especialistas Roberto Nogueira indicava a presença de 300 mil pessoas nessa condição.

Respeitando-se o estabelecido na legislação de ensino, foram organizados grupos de trabalho para, atender ao mínimo exigido pelo CFE, para cada habilitação profissional ou habilitações afins. Assim, tendo por base as determinações do CFE e as negociações com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEn, chegou-se à elaboração das diretrizes curriculares para a formação daqueles que estavam na rede básica e os que exerciam suas atividades na área hospitalar.

Seriam obrigatórias as matérias Fundamentos de Enfermagem, Psicologia das Relações e Ética, Organização, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Materno-Infantil e Enfermagem Neuropsiquiátrica. Na execução curricular, a carga era a

mesma mas o enfoque das disciplinas poderia variar ora tendo o método clínico como ênfase, ora privilegiando o método epidemiológico.

Era uma situação emergencial diante da nova lei de regulamentação do exercício profissional que previa o período de dez anos para aqueles que estavam empregados e sem a formação específica, se profissionalizassem. Concordando com a medida prevista em lei, coube também ao grupo condutor negociar com os gestores dos serviços de saúde a formação dos profissionais sem a qualificação.

É nesse contexto que surgem as Escolas Técnicas do SUS, geridas e financiadas pelo sistema de saúde. Hoje elas ao em torno de quarenta instituições e que ao longo dos últimos trinta anos, voltou-se para uma formação prioritária aos trabalhadores do SUS e à oferta de educação permanente em serviço.

Em 1996 é promulgada a Lei n 9.394/96 denominada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB que traz inovações importantes para a formação em geral, na área técnica de nível médio em saúde. Pode-se destacar destes avanços:

Do ponto de vista mais geral a LDB introduz algumas inovações na educação profissional que merecem ser destacadas:

- o reconhecimento de habilidades e conhecimentos que tenham sido adquiridos por meios informais, fora do sistema escolar. A mensuração desses conhecimentos se daria mediante a realização de exames de certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos (art. 41, LDB), ou seja, reconhece-se que a educação se pratica fora da escola, no trabalho, na família, no exercício e prática de viver;
- a construção dos currículos tendo por base o ensino por competências, a abrangência vertical da educação profissional, desde o nível fundamental até o nível superior. Essa perspectiva sinaliza com o caráter complementar da educação profissional. O resultado imediato é que se permite a construção de itinerários formativos, que podem ir desde os estudos iniciais com saídas intermediárias, podendo alcançar
- níveis de especialização pós técnica e chegar até à graduação e pós graduação;
- a possibilidade de aproveitamento de estudos, continuidade, elaboração de currículos flexíveis, organização didática diferenciada, e ainda o reconhecimento do trabalho como um princípio pedagógico e do espaço de trabalho com um *lócus* de aprendizagem;

- o conhecimento adquirido na educação profissional e tecnológica, inclusive no trabalho, poderá ser objeto de avaliação, reconhecimento e certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos. Assim, é valorizada a experiência prática do aluno.

A construção dos itinerários formativos poderá facilitar a “ordenação da formação de recursos humanos para o SUS”, conforme art. 200 da Constituição, na medida em que possibilitam a organização dos currículos por habilitação profissional, com saídas parciais como os cursos de auxiliares (1ª etapa) cursos técnicos (2ª etapa), cursos de especialização técnica e pós-técnica (3ª etapa), passíveis de certificação. Daí a importância de se ter uma escola, com oferta permanente destes itinerários, viabilizando a inserção dos trabalhadores nos processos formativos, de forma ordenada e sistemática.

Segundo o Decreto nº 5.154/04 itinerário formativo é “um conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos”.

Com inúmeras possibilidades colocadas, a formação profissional vem lentamente preenchendo as lacunas que ficaram ao longo desta formação mais hospitalocêntrica. Inúmeras ações vêm sendo empreendidas tanto no âmbito dos serviços como pelas Escolas Técnicas do SUS. Ressalta-se que a Estratégia de Saúde da Família tem sido a grande alavanca para reverter o modelo assistencial, com tem servido também de base para as mudanças curriculares que se processam ainda de maneira tênue, tanto para o nível superior, quanto para o técnico de nível médio.

O setor saúde tem investido recursos de diferentes naturezas para “reformular” aqueles que são oriundos das escolas da rede de ensino. É o caso da oferta de especialização multiprofissional para todos os profissionais que atuam na Atenção Básica.

Hoje as Escolas Técnicas do SUS têm buscado mudanças ainda no processo de formação técnica, mas o modelo prevalente não permite em curto prazo grandes modificações. A formação pós técnica e a especialização de forma mais ampla têm sido marcadas por esse eixo transformador. Exemplo disso é a especialização para Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal, para uma atuação mais comprometida com a Atenção Básica. Recentemente o Projeto Caminhos do Cuidado traz essa dimensão no que tange a saúde mental e o sofrimento decorrente do uso e abuso de substâncias psicoativas e de forma mais incisiva, esses cursos estão mais voltados à reorganização dos serviços de saúde e a propostas de intervenção nestes espaços.

Seriam estas estratégias uma ressignificação da formação atual dos Visitadores Sanitários? Puro saudosismo?

O tempo dirá!

## Referências

Brasil. Lei nº 5 692/71 – Fixa as Diretrizes para o Ensino de 1º e 2º graus, Brasília, 1971.

\_\_\_\_\_. Parecer CFE nº 45/72 . Qualificação para o trabalho no ensino de 2º grau e o mínimo a ser exigido em cada habilitação profissional. Brasília, 1972.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 07/77 – CFE Institui a habilitação de Auxiliar e Técnico de Enfermagem ao nível de 2º grau – Brasília, 1977

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília: Centro de Documentação; 1994.

BRASIL, Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, In Diário Oficial da União, Ano CXXXIV, n.º 248, de 23.12.96, 1996.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais de nº 1, de 1992, a 38, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994. 19. ed. Brasília, DF: Coordenação de Publicações, Câmara dos Deputados, 2002. (Série Textos Básicos, 28).

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e dá outras providências. Brasília, 2004.

Galvão EA. As Escolas Técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam? Dissertação [Mestrado]. Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

Nogueira RP. A Força de Trabalho em Saúde. Revista de Administração Pública. 1983 17(3): 5-12.

## Potencialidades e fragilidades da enfermagem no serviço de Atenção Básica em Saúde para o controle da tuberculose

Lenilde Duarte de Sá<sup>9</sup>  
Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira<sup>10</sup>

*Os limites de minha linguagem significam os limites do meu próprio mundo  
(Ludwig Wittgenstein)*

### Introdução

O Brasil encontra-se entre os 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose (TB) no planeta. Em 2012 a notificação de 71.230 casos da doença, a taxa de incidência foi estimada em 46 casos por 100.000 habitantes e a de mortalidade estimada em 2,5 casos por 100.000 habitantes. A proporção de coinfeção TB/HIV foi de 20%. No mesmo ano 1,3 milhões de pessoas no mundo morreram devido ao agravo. No Brasil, anualmente 4,7 mil pessoas vão a óbito por TB<sup>1,2,3</sup>. Trata-se de uma doença reconhecida como negligenciada<sup>4</sup>.

O problema da TB no território nacional reflete o desenvolvimento social do país. Determinantes estão relacionadas à pobreza, à fragilidade das organizações dos serviços de saúde e as deficiências no campo da gestão e do controle social limitam as ações de enfrentamento à doença<sup>5</sup>. Do ponto de vista dos serviços de saúde, além da sua organização frágil, admite-se que a formação de trabalhadores não se encontra alinhada à Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e parcialmente alheia ao cuidado ao doente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Também se observa o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB, nos níveis mais complexos da gestão para os serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS), bem como a resposta pouco qualificada das equipes para o manejo da doença. E, embora venha sendo intensificada a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento, constata-se que os serviços da ABS não se constituem como porta de entrada para os casos de TB. Acentuando ainda mais essa problemática, a confirmação diagnóstica é feita tardiamente, cabendo aos serviços especializados as ações de detecção de casos e tratamento<sup>6,7</sup>.

A história da enfermagem de saúde pública no Brasil se entrelaça com a história da luta contra a tuberculose (TB), sendo os acontecimentos dessa trajetória relevantes para

---

<sup>9</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

<sup>10</sup> Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

sustentar o reconhecimento do enfermeiro, em alguns contextos de atuação, como um profissional de saúde, que se destaca na organização e operacionalização das ações de cuidado e controle da TB<sup>8,9</sup>.

A enfermagem é de capital importância na execução das ações de controle da TB, a exemplo da identificação de sintomáticos respiratórios (SR), diagnóstico, tratamento - desempenho na operacionalização o tratamento diretamente observado (TDO), promover a adesão a essa modalidade de tratamento, apoio e cuidado à pessoa adoecida, à família e a comunidade. Nos dias atuais enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os profissionais da ABS mais envolvidos com o controle da TB e no cuidado às pessoas com TB<sup>10,11</sup>.

É complexa a situação que envolve o controle da doença, uma vez que se encontra clivada pelos seguintes aspectos: dificuldades de alcance das metas recomendadas pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) em relação aos índices de cura (pelo menos em 85%), e abandono (inferior a 5%)<sup>12</sup>; baixa cobertura de TDO; permanência dos serviços de referência como porta preferencial da pessoa adoecida no sistema de saúde; vulnerabilidades de grupos como idosos, indígenas, população em situação de rua, população carcerária, assim como as comorbidades (álcool e drogas) e coinfeção TB-HIV/AIDS; a permanência do estigma; a multirresistência; ações não desenvolvidas em conformidade com os princípios do SUS, sobretudo com a concepção ético-política que constitucionalmente assegura a saúde um direito do cidadão, bem como a responsabilidade do profissional pelo cuidado integral e humanizado àquele(a) que busca o serviço de saúde.

Considerando o protagonismo que envolve a enfermagem em relação ao controle da TB e a complexidade das ações voltadas ao manejo da doença nos serviços da ABS, surgiu a inquietação: o que revela o discurso de artigos sobre as fragilidades e potencialidades da enfermagem nas ações de controle da TB na ABS? Da questão posta derivou o objetivo da produção deste texto: analisar o discurso de publicações em relação às fragilidades e potencialidades das ações desenvolvidas pela enfermagem no controle da TB na ABS.

## **Método**

Inicialmente foi realizado levantamento da produção científica em periódicos de enfermagem, qualis A1 e A2: Revista de Enfermagem da USP (Reusp), Revista Latino Americana de Enfermagem (Rlae), Acta Paulista, Revista Brasileira de Enfermagem (Reben), Revista de Enfermagem UERJ e Texto e Contexto, com o objetivo de identificar fragmentos discursivos denotando sentido para as potencialidades e fragilidades da enfermagem nos serviços da ABS para o controle da tuberculose, numa perspectiva teórico analítica da

Análise de Discurso (AD) de matriz francesa pecheuxtiana<sup>13</sup>. Foram selecionados artigos publicados no período de 2009 a 2013, no idioma português, tendo como descritores as seguintes palavras: enfermagem, atenção básica e tuberculose.

A busca resultou em 28 artigos, destes, 10 foram utilizados, pois atendiam aos objetivos do estudo. Um quadro foi elaborado para organização dos dados coletados contendo os itens: identificação e título do artigo, ano de publicação, objetivos do estudo, palavras-chave, sujeitos, tipo de estudo e considerações do estudo.

De acordo com Orlandi<sup>14</sup>, na análise de discurso (AD), a discursividade é representada pelo sentido e significado produzidos pelo confluir dos efeitos da língua, da história e da ideologia, materializados no discurso. Portanto, é o gesto de interpretação que revela a discursividade do sujeito. Neste estudo, buscou-se interpretar a discursividade, isto é, os sentidos e significados contidos em artigos publicados, segundo a interface enfermagem e controle da tuberculose na ABS.

A palavra discurso vem do latim *discursus*, participio passado de *discurrere*, sendo que “*dis*” significa “de fora” e “*currere*”, “correr”. Daí nasce duas possíveis interpretações para o termo discurso: “correr ao redor” e “curso de vários assuntos, ideias, opiniões”<sup>15</sup>. Assim, na análise de discurso, propõe-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, que está na base da produção da existência humana.

A respeito das condições materiais de produção do corpus discursivo, sobre o qual foi feito a análise, tem-se a dizer: i) os artigos analisados foram publicados na segunda década do século XXI, no contexto em que o Brasil tem definido, desde 1988, o Sistema Único de Saúde, cuja política é orientada pela saúde como um direito de cidadania e em consonância com princípios que devem sustentar tal direito: universalidade, equidade e integralidade; ii) vive-se há quase duas décadas da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os serviços da ABS não são considerados porta preferencial dos usuários no sistema de saúde; iii) no que tange à formação de trabalhadores para o SUS, faz-se menção à política de Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>16</sup>, instituída em 2003, que deve orientar a formação acadêmica e a qualificação dos profissionais que atuam nos serviços; iv) o modelo de atenção desejado, a partir da criação do SUS, é centrado no usuário, este participe do seu processo de cuidado e na perspectiva de ser desenvolvido sob a condição de integral e humanizado.

Sobre os resultados, pistas e enunciados determinaram a composição de duas formações discursivas (FDs): FD1 – Potencialidades da enfermagem no serviço de atenção básica para o controle da TB e FD2 – Fragilidades da enfermagem no serviço de atenção básica para o controle da TB.

## Resultados e discussões

Em relação às potencialidades da enfermagem no serviço de atenção básica para o controle da TB (FD1), nos fragmentos discursivos, os discursos orientados marcados (DOM), parte grifada, revelam a participação da enfermagem dada a sua presença nos serviços da ABS:

*Almejar o controle da TB implica em pensar no tratamento como algo dinâmico, que transcende aspectos individuais. Implica em conceber que a doença não surge com o resultado positivo da baciloscopia, mas nas condições em que vive o usuário. E a Enfermagem pode contribuir nesse sentido, dada a importante participação no cotidiano dos serviços de saúde (A1);*

*As enfermeiras e as médicas que ficaram com a parte maior. Elas [as enfermeiras] e a gente ficou trabalhando até tarde. (A7);*

*Os enfermeiros destacam-se como os responsáveis pelas ações de controle em todos os municípios e refere como pontos favoráveis do programa o envolvimento com a comunidade, o uso de estratégias para adesão e a facilidade em solicitar exame (A3).*

Os ditos são circunstanciados, integram a memória discursiva, reverberam no presente e fortalecem os também “já ditos” em relação à atuação da enfermagem no controle da TB na ABS <sup>(5,6,7,8,9,10,11)</sup>.

O outro bloco discursivo relacionada a essa FD mostra a enfermagem implicada pela responsabilidade no cuidado ao doente de TB, destacando o cuidado “interativo”, onde o não dito estaria relacionado a competência da enfermagem em envolver o doente para que ele mantenha o tratamento:

*A interação é parte essencial do cuidado. Este, por sua vez, é objeto da disciplina de enfermagem. A apropriação de uma abordagem de cuidado interativo pode permitir maior participação das pessoas com TB e a responsabilidade individual e dos profissionais (a enfermagem) para o não abandono dos tratamentos [...](A5)*

Por sua vez, as ações de educação em saúde voltadas à qualificação dos profissionais da enfermagem, alimentam a utopia do desenho de uma forma inovadora no cuidado para a TB.

*“A importância de processos de capacitação da equipe de saúde e enfermagem a fim de rever o paradigma de cuidado e educação adotados, desenvolvendo intervenções diferenciadas, direcionadas a incrementar a adesão do paciente ao tratamento da TB”.* (A5).

Observa-se que o discurso se desloca do tratamento e se volta para a pessoa: *em relação à enfermagem, compreende-se, aqui, que seu objeto de trabalho no espaço dos serviços básicos de saúde é o ser humano* (A6).

Na verdade o objeto do trabalho da enfermagem é o sofrimento humano, que deve ser transformado. E, se se concebe com base em Habermas<sup>17</sup> que quem fala idealiza, o intradiscurso revela que em se tratando da TB, a enfermagem desempenha papel crucial nos programas de controle. [...] *É o profissional da enfermagem quem deve assumir o papel de protagonista na prevenção e controle dessa doença.* (A8).

Em relação às fragilidades da enfermagem no serviço de atenção básica para o controle da TB (FD2), e na perspectiva do não dito, os fragmentos mostram também que os doentes de TB não procuram o enfermeiro. Na interpretação dada, a causa é atribuída ao fato do profissional enfermeiro estar mais envolvido com as ações gerenciais:

*As possíveis explicações para os doentes referirem não procurar o enfermeiro, podem ser o maior envolvimento deste com atividades administrativas do que na própria assistência de enfermagem (...). Essa atitude resulta no afastamento e na dificuldade para a criação e estabelecimento do vínculo entre o paciente e este profissional.* (A2);

*Não se pode omitir o acúmulo de funções e atividades que recaem sobre os enfermeiros nos diferentes serviços, fato esse corroborado pelas falas dos enfermeiros entrevistados que apontaram a falta de profissionais exclusivos para o programa* (A3).

A partir do não dito, é possível enxergar nas entrelinhas do discurso, novas idealizações, desta feita em relação ao fortalecimento de uma prática de cuidado calcada no que recomenda a política de saúde<sup>18</sup> e no princípio da alteridade:

*Destaca-se a necessidade de uma atuação da enfermagem e da equipe multiprofissional centrada em uma clínica solidária, que rompa com a produção de procedimentos focados essencialmente em atos prescritivos, possibilitando, assim, adequar o avanço legal com a prática cotidiana dos serviços de saúde”(A4).*

Visível aqui a posição do sujeito, na qual se vê claramente a sua interpelação pela ideologia e pela história. Eis no discurso a presença de uma ideologia que rompe com a atual estrutura de lidar com a doença e o tratamento medicamentoso. O discurso revela a compreensão do sujeito em função da pessoa, do usuário, cujo sentido é fortalecido pelo fragmento a seguir: *“Os profissionais precisam procurar conhecer e entender as perspectivas dos pacientes sobre a adesão e também seus comportamentos. Essa mudança torna-se imprescindível para a adesão da pessoa ao tratamento”*.(A5).

Observe-se, que aqui o sentido é atravessado pelo evocar da subjetividade da pessoa adoecida por TB. Reconhece-se, com base no pensamento de Eni Orlandi<sup>13</sup> que o sujeito do discurso se significa na história e pela história. Assim, pode-se compreender que as palavras não estão ligadas diretamente às coisas e nem reflete o que é evidente. Portanto, “é a ideologia que torna possível a relação palavra/coisa<sup>13:95</sup>”.

Notadamente, em termos de potencialidade, a discussão realizada reforça o protagonismo histórico da enfermagem no controle da TB que ora se estende aos serviços da ABS. Evidenciam-se utopias em relação à elaboração de novas formas de cuidar, nas quais seja considerada a subjetividade da pessoa com TB, sendo imprescindíveis para tanto os processos de capacitação/qualificação em saúde, de modo que as novas aprendizagem ampliem o universo da linguagem em função também de novas ideologias com força para romper paradigmas, esmaecer fragilidades e favorecer a escrita de uma outra história do cuidado em relação à TB e ao SUS.

## **Referências**

1. World Health Organization. Global tuberculosis. WHO Report 2013. Geneva; 2013. [Acessado em: 26 de janeiro de 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
2. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Acessado 25 jan de 2013]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo>.

3. World Health Organization [WHO]. Tuberculosis WHO Global Tuberculosis Report 2013. WHO: 2013. Disponível em <[http://www.who.int/tb/publications/factsheet\\_global.pdf](http://www.who.int/tb/publications/factsheet_global.pdf)> Acesso em: 10 de janeiro de 2014.
4. Ruffino-netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília, v.35, n.1, p.51-58, 2002.
5. Nogueira JA, Silva CADA, Trigueiro DRSG, Trigueiro JVS, Almeida AS, Sá LD, Ribeiro LCS. A formação de profissionais de saúde na atenção a TB: desafios e contradições da prática. Rev. enferm. UFPE online. 2011;5(4):778-87
6. Wysocki AD, Ponce MAZ, Scatolin BE, Andrade RLP, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2):440-7.
7. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, Assis MMA, Motta MCS. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Rev Saúde Pública. 2009; 43(3):389-97.
8. Barreira IA. A enfermeira Anna Nery no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.
9. Oblitas FYM et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 18, n. 1, jan./fev, 2010.
10. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose Acta Paul Enferm. 26(2):172-8, 2013.
11. Gomes, ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v.43, n.2, p.365-72, 2009.
12. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Disponível em [http://www.itarget.com.br/newclients/sppt.org.br/2010/extra/download/manual\\_de\\_recomendacoes\\_controle\\_tb\\_novo.pdf](http://www.itarget.com.br/newclients/sppt.org.br/2010/extra/download/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf) (acessado em 1/Jul/2014)
13. Pêcheut M. O discurso: estrutura ou acontecimento. 6ªed. Campinas: Pontes, 2012. 68p.
14. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos, 8 ed., Campinas, SP: Pontes, 2009.
15. Assolini, FEP. Leitura e formação inicial: repercussões para os fazeres pedagógicos de professoras alfabetizadoras. In: XVI Congresso Internacional de la Asociación de Lingüística y Filología de la America Latina, 2011. Espanha.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
17. Habermas J. Passado como Futuro. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.112p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

**COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA:  
em foco a humanização do processo de trabalho**

**Lislaine Aparecida Fracoli<sup>11</sup>**

## **INTRODUÇÃO**

Os profissionais de enfermagem representam uma parcela importante dos trabalhadores na Atenção Básica (AB). Mais especificamente, a participação da enfermeira na AB aumentou (em qualidade e em quantidade) consideravelmente com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Embora tenha aumentado a participação da enfermagem na AB a definição “do que este profissional deve fazer” nesse âmbito de assistência não é ainda claramente definido. Alguns trabalhos defendem uma maior autonomia clínica para a enfermeira, outros defendem uma prática mais educativa e voltada para o coletivo. Tal condição suscita que esta categoria profissional reflita - mais acuradamente - sobre a formação profissional e as práticas que realiza e gostaria de realizar no âmbito da Atenção Básica. (Fracoli; Castro, 2012)

A noção de competências surge bastante articulada a essa nova ordem mundial que se instaura para o trabalho e encontra eco no trabalho em saúde apoiada nas características do trabalho em saúde. Para Deluiz (2001), o objetivo da adoção do modelo de competências é adequar a formação da força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo, o que possibilitaria a flexibilização do mercado de trabalho e a unificação do sistema de qualificação profissional. Para Minayo (1999), como uma categoria de análise, a competência possui historicamente as relações sociais e pode direcionar o conhecimento do objeto nos seus aspectos mais gerais e, ainda, condensar elementos significativos do desenvolvimento capitalista ocorrido nos últimos anos.

As competências requeridas para o trabalho da enfermeira na AB constituem-se em subsídio para a construção de referenciais que atendam a articulação da prática, da educação e da regulação, em uma perspectiva de emancipação do trabalhador e do usuário. (Witt, 2005).

Segundo Witt (2005) a construção de competências da enfermeira para o trabalho na AB implica investir no autogoverno presente no trabalhador e nas possibilidades de mudança e inovação que este traz para as formas dadas da organização social do trabalho. Dessa forma as competências de enfermagem deverão exprimir o saber organizado da

---

<sup>11</sup> Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

enfermagem profissional, deverão estar inseridas na dimensão política das relações de trabalho, deverão ser regidas por uma ética que expresse a sua utilização para a emancipação do trabalhador (e do usuário) e deverão satisfazer o atendimento as necessidades de saúde da população. Witt (2005), em sua pesquisa de doutorado, identificou um rol de 21 competências gerais e 11 competências específicas para a prática de enfermagem em AB que são apresentadas nos quadros 1 e 2.

Quadro 1: Competências gerais da enfermeira atuante na Atenção Básica (Witt, 2005)

Competências gerais
1. Busca na ética os valores e princípios para sua atuação
2. Promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo
3. Responsabiliza-se pela atenção
4. Identifica-se com o trabalho
5. Utiliza instrumentos de comunicação
6. Sabe ouvir o usuário
7. Adota uma perspectiva interdisciplinar
8. Organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde
9. Integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde
10. É capaz de assumir a gerência e a gestão do serviço de saúde
11. trabalha com a perspectiva da vigilância
12. Conhece a comunidade com ela estabelece e mantém vínculos
13. Desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde
14. Identifica os problemas de saúde
15. Compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde
16. Prioriza casos urgentes
17. Busca a resolubilidade
18. Trabalha com grupos, respeita e interage com diferenças culturais
19. Demonstra iniciativa
20. Presta atendimento integral dentro dos princípios do SUS
21. Demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população bem como dos determinantes sociais

Quadro 2: Competências Específicas da enfermeira atuante na AB (Witt, 2005)

Competências Específicas
1. Atua com autonomia
2. Coordena a equipe de enfermagem
3. Planeja e sistematiza a assistência de enfermagem

4. Supervisiona e apoia a equipe de enfermagem
5. Articula a educação em saúde a sua pratica cotidiana
6. Promove a saúde de indivíduos, família e comunidade
7. Coordena ações educativas na comunidade e na unidade de saúde
8. Realiza consulta de enfermagem
9. Promove educação continuada/permanente em enfermagem
10. Demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade
11. Presta cuidado domiciliar de enfermagem

Com base nos pressupostos relativos ao trabalho da enfermeira na AB, a forma como este vem sofrendo alterações determinadas por mudanças estruturais, nas diferentes facetas que esse trabalho pode assumir em função dos problemas e necessidades de saúde que estão colocados na AB, justifica-se a realização desta pesquisa que tem como finalidade contribuir para caracterização das competências da enfermeira na AB e sua potencia para a humanização da saúde.

Dessa forma os objetivos dessa pesquisa foram identificar as competências mais consensuadas entre docentes e discente no ensino da graduação de enfermagem da EEUSP e analisar essas competências a luz das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH, 2004) em Saúde.

## MÉTODODO

Tratou-se uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa e utilização da Técnica Delphi. A Técnica Delphi consiste em uma consulta a um grupo limitado e seletivo de especialistas, que através da sua capacidade de raciocínio lógico, da sua experiência e da troca objetiva de informações, procura chegar a opiniões conjuntas sobre as questões propostas. O cenário desta pesquisa foi o curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram os discentes do 4º ano do curso de graduação em enfermagem da EEUSP, num total de 60 alunos e as docentes do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP por serem especialistas no tema Saúde Coletiva e atuarem no ensino da AB, num total de 18 docentes.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário eletrônico, criado com ajuda do Google Docs, contendo as competências gerais e específicas descritas acima e uma escala de Likert onde os sujeitos assinalaram seu grau de concordância sobre o ensino/aprendizagem da respectiva competência. O questionário foi seguido por um espaço aberto onde os sujeitos puderam expor suas dúvidas, comentários e sugestões. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP através do processo

nº959/2010/CEP-EEUSP. Os dados foram organizados em tabelas, utilizando-se o programa Microsoft Excel.

A análise foi feita com a participação do estatístico que auxiliou na análise da Escala de Likert, no sentido de dar validade estatística aos dados. Para a análise o estatístico realizou os testes alpha de Cronbach, a fim de validar o questionário, Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para verificar se os escores totais têm distribuição normal, sendo que em ambos os grupos Os dois escores apresentaram distribuição normal permitindo o uso da Correlação de Pearson entre os dois escores.

## RESULTADOS E ANÁLISE

A tabela 1 apresenta o rol de competências gerais e específicas que obtiveram 80% de consenso entre alunos e docentes.

**Tabela 1** – Listagem das competências gerais e específicas que obtiveram consenso nos grupos de discentes e docentes da EEUSP, 2011.

Gerais	Específicas
1 Buscar na Ética os valores e princípios para sua atuação	4 Supervisionar e apoiar a equipe de enfermagem
2 Promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo	5 Articular a educação em saúde à sua prática cotidiana
3 Responsabilizar-se pela atenção à saúde e contribuir para sua organização	6 Promover a saúde de indivíduos, família e comunidade
11 Trabalhar com a perspectiva de vigilância de saúde	7 Coordenar ações educativas na unidade sanitária e comunidade
13 Desenvolver ações de prevenção e proteção de saúde	8 Realizar consulta de enfermagem
14 Identificar os problemas de saúde	
18 Trabalhar com grupos, respeitar e interagir com diferenças culturais	
19 Demonstrar iniciativa	
21 Demonstrar conhecimentos dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais	

Como foi possível observar as competências mais consensuadas entre docentes e discentes encontram-se bastante articuladas as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

Conforme descrito na PNH (2004), as diretrizes colocadas são “*valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde; Fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e do coletivo; Aumento no grau de corresponsabilidade na*

*produção da saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; A identificação das necessidades sociais de saúde, Compromisso com a ambiência e com a melhoria do atendimento e condições de trabalho”.*

E possível verificarmos que competências como Promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo, identificar os problemas de saúde, trabalhar com grupos, respeitar e interagir com diferenças culturais, demonstrar conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população bem como dos determinantes sociais se aproximam muito da perspectiva de colocar o processo de trabalho da enfermeira no caminho da operacionalização da humanização da saúde.

Outra questão que merece ser sublinhada refere-se ao fato de como a PNAB (2006) incorporou algumas diretrizes e conceitos trazidos pela PNH (2004) o que deixa claro o caráter transversal da PNH.

A partir dos dados relativos as competências do enfermeiro para concretizar a humanização da saúde no cotidiano dos serviços, cabe dizer que a humanização da assistência exige dos profissionais muito mais que qualidade clínica, exige qualidade de comportamento. Humanizar a saúde implica a ocorrência de transformações políticas; administrativas e subjetivas. (Simoes et al, 2007).

Para se concretizar a humanização na saúde necessita-se transformar o modo de ver o usuário, de objeto passivo a sujeito, de necessitado de caridade, à aquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço.

Humanizar a assistência implica em investir no trabalhador, implica tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho.

## **CONCLUSÕES**

A identidade profissional do enfermeiro tem sido conquistada pelas vias da excelência técnica e ética. Quando o gestor desconhece isso, sobrevêm consequências desastrosas para os profissionais de saúde.

A enorme dureza da atividade assistencial requer que os enfermeiros possam contar com um suporte organizacional na persecução da excelência de sua prática. Sem esse suporte, os serviços de saúde funcionam mal e o cuidado prestado também. Conquanto as pessoas extraordinárias sejam capazes de elevar-se acima das circunstâncias desencorajadoras, para

serem exemplares, a pressão sofrida no cotidiano do trabalho pode levar a degradação da prática.

Pautar suas ações pelo cuidado não deve significar para os enfermeiros a exigência de sacrifícios pessoais ou atos heroicos. Fica o alerta que o cuidado maduro não floresce em condições marcadas pela dominação, subordinação e desigualdade. (Fracolli & Zobolli, 2011)

O que se quer de um profissional enfermeiro é que ele oriente sua prática para o **COMPROMISSO ÉTICO** do cuidado e guie seu agir por uma atitude que ultrapasse os limites da **CONSCIÊNCIA PROFISSIONAL** traçando a ponte para a convivialidade do **CUIDADO TÉCNICA E DO CUIDADO ÉTICA**.

## REFERÊNCIAS

1. Fracolli LA ; Castro DFA. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. *O mundo da saúde*. 2012. 36(3): 427 – 432.
2. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação, Brasília*, v.1, n.3, p.5-15, 2001
3. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1999.
4. Witt RR, Almeida MCP, Araújo V. Competências da enfermeira na rede básica: referencial para atenção à saúde. *Online braz. j. nurs. (Online)*; 5(3), 2006.ilus.
5. PNH
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2006 .
7. Simões ALA et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & contexto*. 2007 jul.-set 16(3): 439-444
8. Fracolli LA & Zobolli ELP. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização. In: Ibanez N; Elias PEM, Seixas PH. (orgs) *Política e Gestão em saúde*. Hucitec/Cealag. 2011

## A utilização de instrumentos de avaliação na saúde do idoso

Márcia Regina Martins Alvarenga<sup>12</sup>

O 4º Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem para a Atenção Básica em Saúde convida-nos a pensar sobre: a) quais diretrizes clínicas a enfermagem deve seguir para melhorar sua prática? b) a utilização de instrumentos preconizados de avaliação de saúde do idoso propicia melhor cuidado? c) como a enfermeira pode sistematizar sua assistência a partir de ferramentas de avaliação e monitoramento indicadas pelo Ministério da Saúde para assistir à pessoa idosa?

As respostas não constam abaixo, mas com a contribuição de algumas referências e a partir dos resultados dos estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso (GPENSI) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, espera-se que o leitor sinta interesse pela temática proposta e passe a refletir conosco sobre o papel dos instrumentos na prática da enfermagem na Atenção Básica.

Estas reflexões perpassam pelo conhecimento de que as condições sociais e de saúde mais prevalentes dos idosos também contribuem para a morbidade, o declínio funcional, a mortalidade e cujo monitoramento requer um conjunto de indicadores para identificar aqueles em situação de maior vulnerabilidade<sup>1</sup>.

Entre os indicadores utilizados nos Sistemas de Informações (SI) para o monitoramento das condições de saúde de idosos, destacam-se a percepção da saúde, a presença de doenças crônicas, as limitações para realizar atividades da vida diária (ABVD) e as condições de vida. Ferramentas de fácil utilização para identificar a vulnerabilidade e o declínio funcional e prever a mortalidade, assim como instrumentos de rastreamento das condições de vida e saúde, podem ajudar nas avaliações que os serviços de saúde devem realizar em idosos, de modo a possibilitar a priorização do atendimento e melhor orientação nos cuidados de saúde<sup>2</sup>.

Dutra<sup>3</sup> desenvolveu o Sistema de Informação em Saúde do Idoso (SI), para identificar idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) e que estavam em situação de fragilidade e em risco para admissão hospitalar repetida no município de Progresso/RS, bem como para possibilitar o planejamento de atividades de promoção à saúde. Os resultados desse estudo demonstraram a efetividade no uso de ferramentas de gerenciamento do cuidado da pessoa idosa.

---

<sup>12</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Líder do Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso (GPENSI). Endereço: marciaregina@uems.br

Ao considerar que os sistemas de informação (SI) permitem aos serviços de saúde melhorar o fluxo de informações, com impactos positivos na qualidade dos serviços oferecidos<sup>3</sup>, o Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso (GPENSI) está desenvolvendo o Sistema de Avaliação e Monitoramento da Saúde do Idoso (SIAMI)<sup>13</sup>, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos”.

O SIAMI visa o gerenciamento de informações sobre a avaliação e o monitoramento das necessidades sociais e de saúde de idosos assistidos pela ESF. Seu objetivo principal<sup>4</sup> é registrar e monitorar, por meio de relatórios e gráficos, dados referentes aos idosos para identificar os que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

O Sistema foi projetado para registrar as seguintes informações: dados pessoais dos idosos, sobre as condições de moradia, autoavaliação de saúde, quedas, diagnósticos médicos, histórico de internações no último ano, número de consultas médicas, prática de atividade física e social, risco nutricional (*Nutrition Screening Initiative*), dependência funcional para o autocuidado (Medida de Independência Funcional), estado cognitivo (Mini Exame do Estado Mental), sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens), suporte e apoio social (Mapa Mínimo de Relações do Idoso), complexidade da farmacoterapia (Índice de Complexidade da Farmacoterapia), bem como dados sobre o cuidador principal (quando for o caso).

Ressalta-se que as informações que alimentam o SIAMI são norteadas pela literatura que destacam a idade (superior a 75 anos), autoavaliação ruim da saúde, presença de doenças crônicas, quedas, hospitalização nos últimos 12 meses e mais de seis consultas médicas (em um ano) como determinantes para o elevado uso de serviços hospitalares e preditores de morbidade e mortalidade<sup>5-11</sup>.

Portanto, norteadas pelas evidências clínicas, em 2006, o Ministério da Saúde, ao lançar o Caderno de Atenção Básica nº19 (Envelhecimento e saúde da pessoa idosa)<sup>12</sup>, também distribuiu para a Atenção Básica a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa<sup>13</sup>, a ser preenchida no momento da realização da visita domiciliária ou na Unidade de Saúde. Tanto o Caderno 19 quanto a Caderneta de Saúde focam a avaliação e o acompanhamento da capacidade funcional do idoso, ou seja, a capacidade que este tem para realizar atividades físicas e mentais necessárias ao autocuidado. O objetivo primordial da Caderneta de Saúde é propiciar ao profissional de saúde ferramentas para identificar idosos independentes e idosos frágeis ou em processo de fragilização<sup>12-13</sup>.

---

<sup>13</sup> Projeto financiado pela Fundect – Edital Fundect/DECIT-MS/CNPq/SES nº 04/2012 – PP\_SUS-MS.

No dia 04 de março de 2014 encerrou-se a consulta pública realizada pelo Ministério da Saúde sobre a proposta da nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa<sup>14</sup> que, além das informações anteriores, incorporou dados referentes a cirurgias realizadas, medicamentos utilizados, avaliação da marcha, índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a Atenção Básica, avaliação ambiental, avaliação dos pés, índice do risco de quedas, saúde bucal, entre outras orientações.

Uma vez que dispomos do Caderno 19 e da Caderneta de Saúde do Idoso para orientar a avaliação dos idosos, cabe refletir sobre: o que de fato precisa ser avaliado? Quais instrumentos devem ser utilizados?

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, a Atenção Básica deve realizar a Avaliação Global do Idoso<sup>11</sup> que engloba: a) alimentação e nutrição; b) acuidade visual; c) acuidade auditiva; d) incontinência urinária; e) sexualidade; f) vacinação; g) cognição; h) depressão; i) mobilidade; j) queda; k) avaliação funcional; l) suporte familiar e social.

Existem diversos instrumentos que auxiliam na Avaliação Global do Idoso e que são recomendadas para a Atenção Básica, entretanto, alguns necessitam de capacitação para que não haja equívocos em sua aplicação e interpretação. O que os profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, devem decidir é como e quando implantar o uso dessas ferramentas.

Para isso, devem considerar que: os idosos não são todos iguais; o processo de envelhecimento é o produto de integração dos potenciais de fortalecimento e desgaste que ocorrem ao longo da vida; a idade avançada sozinha não explica a perda da autonomia e independência; comprometimento da memória recente não é normal da idade avançada; cair não é normal; a perda involuntária de fezes ou urina deve ser investigada e que o idoso não é um adulto que voltou a ser criança.

O respeito à autonomia e à dignidade é o norte para a tomada de decisão sobre a melhor forma de sistematizar a assistência com o uso de instrumentos para a avaliação e acompanhamento da saúde da pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

1. Rand Corporation [homepage on the internet]. Developing Quality of Care Indicators for the Vulnerable Elderly – The ACOVE Project. Search strategy for ACOVE-3 Literature reviews: c1994-2010. [cited 2012 feb]. Available from: <http://www.rand.org/health/projects/acove.html>
2. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(12):1691-99.

3. Dutra MC. Avaliação do Sistema de Informação em Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família. [tese]. Porto Alegre: PUCRS; 2010.
4. Sass GG, Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sistema de informação para monitoramento da saúde de idosos. *Journal of Health Informatics*. 2012;4: 209-215.
5. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Uchôa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2002;11(2):91-105.
6. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):333–41.
7. Min LC, Elliott MN, Wenger NS, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(3):507–511.
8. Dutra MM, Moriguchi EH, Lampert MA, Poli-de-Figueiredo CE. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. *Rev. Saúde Pública*, 2011; 45(1):106-112.
9. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública*, 2011;45(2):391-400.
10. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(3):468-478.
11. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):138-46.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica n.19*. Brasília: Editora MS, 2006. 192p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderneta da saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 24p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: proposta preliminar*. [citado 2014 fev 04]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/ministerio-da-saude-lanca-consulta-publica-sobre-caderneta-do-idoso>.

Apoio financeiro:



**Experiências exitosas de Sistematização das Práticas de Enfermagem na  
Atenção Básica em Saúde**

**Maria Auxiliadora de Souza Gerck<sup>14</sup>**

**Cristina Brandt Nunes<sup>1</sup>**

Nossa “experiência exitosa” quanto à sistematização das práticas na atenção básica em saúde é a nossa própria trajetória ao longo de 23 anos, desde a criação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS): o pioneiro em nosso estado.

A trajetória, que nos permite afirmar ser ela mesma a nossa experiência exitosa, tem sido construída coletivamente e de forma não linear, ou seja, simultaneamente e de forma interligada.

Porém, para facilitar a compreensão e tornar a leitura mais atraente optamos por descrever os fatos a seguir segundo sua ordem cronológica.

- **Década de 1980:**

São realizados os primeiros estudos sobre a consulta de enfermagem em Campo Grande/Mato Grosso do Sul, por Seito<sup>1</sup> e Ulmann<sup>2</sup>. A primeira constatou que 90% das enfermeiras lotadas na Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU) não consideravam a consulta de enfermagem como atividade de rotina e, a segunda verificou que somente 19,2% das enfermeiras da SESAU apresentavam conhecimentos específicos para a prática da consulta de enfermagem.

- **Década de 1990:**

**1991:**

Criação do primeiro Curso de Graduação em Enfermagem de Mato Grosso do Sul na UFMS, o que possibilitou o desenvolvimento dos primeiros projetos de extensão, pesquisa e ensino sobre a implantação, implementação e realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Campo Grande/MS.

As enfermeiras docentes da UFMS, que à época não possuíam Mestrado, o realizam por meio de convênio entre a UFMS e a Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), aumentando as perspectivas de pesquisas sobre SAE.

---

<sup>14</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Email: [txai@terra.com.br](mailto:txai@terra.com.br)

Dando seguimento ao Mestrado, as enfermeiras docentes do Curso de Graduação em Enfermagem de Mato Grosso do Sul na UFMS, iniciam o Doutorado incrementando as pesquisas sobre a SAE, principalmente na área materno-infantil.

Desta forma, inicia-se a criação de um banco de dados que possibilita a realização de novas pesquisas sobre o tema.

Inicia-se a prática da consulta de enfermagem em pediatria no Centro Regional de Saúde Dr. Germano de Barros Souza (conhecido como Centro de Saúde Universitário) pelas docentes do Curso de Graduação em Enfermagem/UFMS: Profa. Dra. Vilma Ribeiro da Silva.

**1991 (a 1993):**

A consulta de enfermagem à criança é desenvolvida pela Enf<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leides Barroso Moura, no Posto de Assistência Médica (PAM) atual CEM (Centro de Especialidades Médicas).

**1992:**

Começa o ensino da consulta de enfermagem à criança e à mulher aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS pelas Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Brandt Nunes e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly Javorsky e, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia M. Ramos e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Arantes, respectivamente. Tem início a consulta de enfermagem à mulher no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Núcleo de Hospital Universitário da (NHU)/UFMS pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Arantes.

**1992 (a 2008):**

Consulta de Enfermagem com crianças no Centro de Saúde Universitário pelas Professoras Dra. Marly Javorsky (até 1995) e Dra. Cristina Brandt Nunes até 2008.

**1993:**

Criada comissão composta por docentes do Curso de Graduação em Enfermagem para estudar as particularidades da Consulta de Enfermagem (Professoras: Dr.<sup>a</sup> Marly Javorski, Dr.<sup>a</sup> Cristina Brandt Nunes, Dr.<sup>a</sup> Cláudia M. Ramos, Dr.<sup>a</sup> Margarete K. Mendonça, Dr.<sup>a</sup> Maria da Graça da Silva).

**1994:**

Assume a realização da consulta de enfermagem à mulher, no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Núcleo de Hospital Universitário da (NHU)/UFMS, a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerck.

**1994(e 1995):**

Desenvolvido do projeto de extensão: *Recuperação Integral do Desnutrido* – consulta de enfermagem com a criança desnutrida no ambulatório de pediatria do NHU/UFMS, pelas Professoras Dr.<sup>a</sup> Myriam A. Mandetta Pettengill, Dr.<sup>a</sup> Marly Javorski e Msc. Marisa Rufino Ferreira Luizari.

**1995:**

Realizado o projeto de extensão: *Implantação da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal de baixo-risco nos Centros de Saúde Dr. Germano de Barros Souza (universitário) e Dr. Antônio Pereira (Tiradentes)* - Prof<sup>a</sup> Mestre Sandra Luzinete Félix de Freitas e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

**1995 (a 1997):**

Consulta de enfermagem à mulher (pré-natal e ginecologia) no Centro Regional de Saúde Dr. Germano de Barros Souza (atual PAM Universitário) pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

**1997 (a 1999):**

Desenvolvimento da consulta de enfermagem a crianças com necessidades especiais pela Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Maria Angélica Marcheti Barbosa, na DIPE/NHU.

Reassume a consulta de enfermagem à mulher, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU, a Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Lúcia Arantes.

**1997:**

Realizado o projeto de extensão: *Consulta de Enfermagem - Uma Proposta de Atuação no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)* - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

Posteriormente (1999) denominado *Consulta de Enfermagem: Uma Proposta de Atuação na Assistência à saúde da mulher*.

**1999:**

Realizado estudo com enfermeiras das Unidades Básicas da Saúde da SESAU, sobre a realização da Consulta de Enfermagem, pelas enfermeiras Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Brandt Nunes, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angélica M. Barbosa, Prof<sup>a</sup> Msc. Iara Cristina Pereira.

**1998 (a 2004):**

Tem início consulta de enfermagem à mulher (pré-natal e ginecologia) no Centro Integral de Saúde da Mulher (Aero Rancho) pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

- **Década de 2000:**

**2000:**

Inicia-se a consulta de enfermagem a crianças especiais na Associação Pestalozzi de Campo Grande, pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Angélica Marcheti Barbosa.

Desenvolvimento do projeto de extensão: *Implantação da Consulta de Enfermagem no Centro da Mulher (Aero Rancho)* pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk, com a

colaboração da Prof<sup>ª</sup> substituta Elaine Baez e da Enfermeira da Unidade/SESAU Adriana Nabuco de Souza.

Realizado o projeto de extensão: *Orientação de Enfermagem às Adolescentes Grávidas*, na Casa/Abrigo Santa Rita de Cássia, ao lado do Centro de Saúde Universitário pelas Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk e Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cristina Brandt Nunes.

#### **A partir de 2001**

Consulta de Enfermagem à mulher no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS (pré-natal de baixo risco e ginecologia) pela Prof.<sup>ª</sup> Msc. Sandra Luzinete Félix de Freitas.

Consulta de enfermagem a clientes com Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus na UBS Pioneiros, MAPE, UBSF Iracy Coelho pela Prof.<sup>ª</sup> Msc. Iara Cristina Pereira.

#### **2001 (a 2003)**

Consulta de enfermagem à criança na Unidade Básica de Saúde da Família Macaúbas. Utilização da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância pelas Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cristina Brandt Nunes e Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Angélica Marcheti Babosa.

#### **2004 (até os dias atuais)**

Consulta de Enfermagem à criança na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Wagner Jorge Bortotto Garcia (UBSF Mário Covas) pela Prof.<sup>ª</sup> Msc. Maria Angélica Marcheti Barbosa (até 2007) e Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cristina Brandt Nunes (2008 em diante).

#### **A partir de 2006**

Consulta de Enfermagem à mulher (pré-natal e ginecologia) na UBSF Mário Covas pela Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

#### **2007**

Ocorre a 1<sup>ª</sup> revisão técnica do *Protocolo de Normatização da Assistência de Enfermagem nos Ciclos de Vida* da SESAU, da qual participaram as enfermeiras Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Auxiliadora Gerk, Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cristina Brandt Nunes e Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Angélica M. Barbosa.

#### **2008**

Projeto de extensão: *Consulta de Enfermagem à Mulher e ao Recém-nascido na UBSF Mário Covas* pelas Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cristina Brandt Nunes, Prof.<sup>ª</sup> Mestre Sandra Luzinete Félix de Freitas.

Projeto de pesquisa financiado pela CAPES: *Identificação dos fatores envolvidos na implementação da SAE nas UBSF de Campo Grande/MS*, sob a coordenação da Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

#### **2008**

Vinda de enfermeiras da Rede Municipal de Saúde de Curitiba/PR, com recursos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE) do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS, para assessoria na implementação da SAE na Rede Municipal de Saúde (REMUS) de Campo Grande, por solicitação das enfermeiras da SESAU.

Formação do “Grupo Condutor”, objetivando viabilizar a implementação da SAE na REMUS, composto por enfermeiras da SESAU, enfermeiras docentes da UFMS, Conselho Regional de Enfermagem (COREN/MS), enfermeiras docentes da Universidade Católica Dom Bosco/UCDB e da Universidade para o Desenvolvimento da Região Centro-Oeste e do Pantanal/UNIDERP (atual Anhanguera), muitas das quais egressas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS.

## **2009**

Projeto de extensão: *“I Encontro de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em Campo Grande/MS”*: como parte do projeto de pesquisa financiado pela CAPES intitulado *Identificação dos fatores envolvidos na implementação da SAE nas UBSF de Campo Grande/MS*.

### **A partir de 2009**

Consulta de Enfermagem com o/a adolescente (Saúde do Escolar) entre 10 a 19 anos, na UBSF Mário Covas pelas Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cristina Brandt Nunes e Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerck .

Consulta de enfermagem a clientes com Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus (UBS Pioneiros, MAPE, UBSF Iracy Coelho pelas Prof.<sup>ª</sup> Msc. Iara Cristina Pereira e Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Luciana Contrera.

Projeto de extensão: *Enfermagem na Comunidade Passo do Lontra – ampliando saberes, fortalecendo vínculos, aprendendo cidadania*, coordenado pela Enf<sup>ª</sup> Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Paula de Assis Sales da Silva. A principal atividade deste projeto é a consulta de enfermagem em todos os ciclos de vida.

- **Década de 2010**

### **2010:**

Cresce a mobilização das enfermeiras da REMUS de Campo Grande, ao se criar uma comissão em parceria com enfermeiras docentes da UFMS para inclusão no Sistema Hygia (o sistema informatizado da REMUS) de um prontuário eletrônico que correspondesse às etapas da Consulta de Enfermagem, inclusive com inserção dos diagnósticos e intervenções da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC).

**2011**

Consulta de Enfermagem na Saúde do Homem: faixa etária de 60 a 80 anos - Ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Homem na Unidade Básica de Saúde Dr. Etienne de Albuquerque Palhano no bairro Coronel Antonino pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Graça da Silva.

**2012:**

Projeto de extensão: *Consulta de Enfermagem à mulher na UBSF Mário Covas*, em parceria com a SESAU pelas prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Brandt Nunes, Prof.<sup>a</sup> Mestre Sandra Luzinete Félix de Freitas.

Aprovado pela SESAU o *Protocolo de Normatização da Assistência de Enfermagem nos Ciclos de Vida*, assegurando a implantação e implementação da SAE no âmbito da Atenção Básica da SESAU.

Início do projeto de pesquisa: *Caracterização das mulheres assistidas na Consulta de Enfermagem na Unidade Básica de Saúde da Família Mário*, com término previsto para 30/08/2014.

**2013**

Projeto de extensão com ônus: *Assistência de Enfermagem à família na Unidade Básica de Saúde da Família Mário Covas* pelas Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Auxiliadora de Souza Gerk e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Brandt Nunes.

**Referências**

1. Seito M. Realização da Consulta de Enfermagem nos Centros de Saúde do Município de Campo Grande – MS. Campo Grande, 1986, 21p. [monografia apresentada ao final do III Curso Descentralizado de Saúde Pública – Campo Grande – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].
2. Uhlmann CMDG. Consulta de Enfermagem: fatores que influenciam sua implantação nos Centros de Saúde de Campo Grande – MS. Campo Grande, 1987, 64p. [Monografia apresentada ao final do IV Curso Descentralizado de Saúde Pública – Campo Grande – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].

## EXPERIÊNCIA DE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES COM HIV/AIDS

**Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**

**Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva**

**Cristina Maria Garcia de Lima Parada<sup>15</sup>**

### INTRODUÇÃO

Contida no Plano Plurianual do Governo Federal do Brasil, a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como uma de suas prioridades o atendimento às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, em especial a segmentos sociais excluídos da atenção, como as mulheres vivendo com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/aids<sup>1</sup>.

Considerando-se os aspectos epidemiológicos, clínico-ginecológicos e impacto psicossocial na saúde sexual e reprodutiva de mulheres infectadas pelo HIV e tendo por pressuposto o potencial da consulta de enfermagem para o levantamento ampliado das reais necessidades de saúde dessa clientela, propôs-se um projeto voltado ao cuidado de mulheres que vivem com HIV/aids, com enfoque em sua saúde sexual e reprodutiva. Este objetiva a proposição de intervenções de enfermagem que promovam a saúde, a melhoria da qualidade de vida, autonomia na tomada de decisões protetoras e empoderamento das mulheres.

Apresentamos, a seguir, uma breve retrospectiva de aspectos epidemiológicos, clínico-ginecológicos, impacto da infecção HIV na sexualidade das mulheres, discussão conceitual sobre necessidades de saúde e consulta de enfermagem, com a finalidade de contextualizar a experiência aqui relatada.

Segundo estimativas do *Joint United Nations Programme on HIV/ Aids (Unaid)*<sup>2</sup> 35,3 milhões de adultos e crianças viviam com HIV/aids em todo mundo em dezembro de 2012, sendo 1,5 milhões na América Latina. Do total de casos, 17,7 milhões eram mulheres. A aids foi responsável por 1,6 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2012<sup>2</sup>.

O Brasil, acumulava um total de 686.478 casos de aids até junho de 2013, dos quais, 241.223 (35,1%) eram do sexo feminino. No ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de aids e a taxa de detecção de casos em homens foi de 26,1/100.000 habitantes e de 14,5 em mulheres, com uma razão de sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres.

---

<sup>15</sup> Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP Email-[mtduarte@fmb.unesp.br](mailto:mtduarte@fmb.unesp.br)

Desde o início da epidemia, a razão de sexos tem apresentado variações graduais ao longo do tempo, em 2005 atingiu seu menor valor (1,4), e, desde então, tem apresentado aumento. Estima-se que, aproximadamente, 718 mil indivíduos vivam com o HIV/aids no Brasil<sup>3</sup>.

No estado de São Paulo até junho de 2013, foram registrados 228.698 casos de aids, o que representa cerca de 33% do número de casos acumulados do país. Destes casos, 59.180 são mulheres com 13 anos ou mais de idade e a razão de sexos no Estado, desde 1996 é de 2/1<sup>4</sup>.

Com o crescimento da aids entre mulheres adolescentes e adultas jovens, manifestações ginecológicas continuam a desempenhar importante papel na transmissão da doença<sup>5,6</sup>.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outras infecções do trato genital têm sido relacionadas à susceptibilidade aumentada à infecção pelo HIV, ao maior risco potencial de transmissão<sup>5,7-10</sup>, bem como com a indução da replicação do HIV<sup>11</sup>. Essa sinergia epidemiológica entre DST e HIV<sup>12</sup> tem sido demonstrada em numerosos estudos<sup>5,6,8-10</sup>. O efeito de uma DST como cofator na transmissão do HIV foi demonstrado tanto para as DST ulcerativas<sup>9,12-13</sup>, quanto para as não ulcerativas e outras infecções do trato genital feminino<sup>5,9,12</sup>, com maior risco de soroconversão nas pessoas infectadas com DST ulcerativas<sup>9,12</sup>, por se constituírem em porta de entrada para o microrganismo.

A imunossupressão crônica é fator de risco para o desenvolvimento e progressão de neoplasias cervicais uterinas, quando associada à infecção por tipos oncogênicos do HPV<sup>14,15</sup>. Neste sentido, vários estudos demonstraram prevalência elevada de infecção pelo HPV em mulheres HIV positivas<sup>16-19</sup> com risco aumentado de neoplasia intraepitelial cervical<sup>14,15</sup>, além da alta prevalência de tipos oncogênicos de HPV no trato genital e concomitância de múltiplos tipos de HPV<sup>18,19</sup>. A recorrência, persistência e progressão das lesões intraepiteliais cervicais foram estudadas por Napp et al.<sup>14</sup>, que relataram risco quatro vezes maior na recorrência e cinco vezes maior na progressão das lesões, nas mulheres infectadas pelo HIV e risco ainda maior naquelas com contagem de linfócitos T CD4+ menor que 200 células/mm<sup>3</sup>, concluindo que o *status* imunológico parece ser fator determinante no prognóstico das lesões intraepiteliais cervicais.

Inicialmente, o diagnóstico da infecção pelo HIV parecia implicar sentença de morte e, neste contexto, a vida sexual das pessoas infectadas parecia um tema secundário<sup>20</sup>. Com o surgimento da TARV em 1996, que levou à relativa recuperação do estado de saúde dos pacientes, a questão de sua sexualidade começou a aparecer como um tópico de pesquisa nas ciências sociais e comportamentais<sup>21</sup>, demonstrando que há vários modos pelos quais a

infecção pelo HIV afeta a sexualidade<sup>20-23</sup>, além de observarem, também, que há prática de sexo inseguro entre pessoas infectadas pelo HIV<sup>24-25</sup>. Os estudos<sup>20,26</sup> apontam que o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids pode resultar em subseqüente perda da libido, cessação ou redução da atividade sexual e afetar a sexualidade das pessoas de forma mais subjetiva, como por exemplo, alterar a auto-imagem no sentido de se considerarem menos atraentes. O prazer sexual pode ser diminuído significativamente pela ansiedade relacionada à possibilidade de infectar outras pessoas, ou da reinfeção e, como resultado, pode haver também redução substancial no interesse pelo sexo.

A compreensão das razões para estas mudanças é extremamente limitada, assim como, das adaptações dos indivíduos às experiências sexuais<sup>27</sup>. É necessário maior compreensão de como indivíduos HIV-positivos se sentem em face a estas mudanças, a fim de se promover e facilitar a sua adaptação à convivência com o HIV/aids.

A identificação das necessidades de saúde pelos profissionais, a partir da escuta qualificada da pessoa que busca o cuidado, tomando suas necessidades como centro das intervenções e práticas deve ser elemento central do trabalho em saúde<sup>28</sup>.

Os serviços devem, então, criar espaços de emergência de necessidades, buscando “[...] *carecimentos pertencentes à vida cotidiana*”<sup>29:3</sup> e, dessa forma, se organizar de modo a satisfazer não só as conhecidas, mas indo além, buscando a identificação de outras<sup>29</sup>.

Considerando-se a complexidade do cuidado às mulheres que vivem com o HIV/aids, há necessidade de se resgatar uma prática clínica que não apenas decodifique questões biopsíquicas, mas também que reconheça valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas, adotando-se estratégias que possibilite conhecer, além dos sinais e sintomas biológicos, a sua maneira de “*andar na vida*”<sup>30:4</sup>.

Ainda que se reconheça que a integralidade do cuidado só poderá ser alcançada com o trabalho em equipe, com o entrelaçamento dos seus múltiplos saberes e práticas, a atuação de cada profissional poderá promover a “integralidade focalizada”<sup>28</sup>. Desta forma, as ações propostas não se restringirão à terapêutica medicamentosa, mas também a valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde, do apoio psicossocial e do estímulo à autonomia dos sujeitos<sup>28</sup>.

A consulta de enfermagem, exemplo de aplicação do Processo de Enfermagem em se tratando de atenção individual<sup>31</sup>, é um momento de encontro entre o indivíduo e o profissional da saúde e, dependendo da escuta realizada, poderá reconhecer uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e constituem-se nos determinantes dos perfis de saúde e doença<sup>28</sup>. Contempla os seguintes passos do processo de enfermagem: histórico de enfermagem (inclui a entrevista e o exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Dessa forma, tendo por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem<sup>31</sup>, permite assistência individualizada considerando as necessidades específicas de cada

peessoa. A sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde nacionais constitui-se em atividade privativa do enfermeiro e exigência legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)<sup>32</sup>.

## **A EXPERIÊNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SAEI “DOMINGOS ALVES MEIRA”**

O Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” é vinculado à Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP) e à Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB)-UNESP e se constitui em referência para o atendimento de pacientes com aids na microrregião de Botucatu, do Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI-Bauru, que compreende 30 municípios. O atendimento a pacientes infectados pelo HIV/aids iniciou-se em 1985 e hoje conta com equipe multiprofissional, com atuação transdisciplinar, favorecendo o cuidado integral dos pacientes.

A partir da prática clínica de cuidado à saúde da mulher e com outras populações que vivenciam doenças estigmatizantes sentimo-nos desafiadas a pesquisar a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem com HIV/aids. Para cumprir tal propósito, inicialmente nos dedicamos a prestar assistência de enfermagem de forma sistematizada a essa clientela, a partir de outubro de 2008.

Pautados nos princípios discutidos acima, propusemos e testamos instrumento de consulta de enfermagem que tem por base o processo de enfermagem proposto por Horta<sup>33</sup>, que é fundamentado na Teoria das necessidades humanas básicas, porém ao invés das seis fases, foi adaptado para quatro: Histórico de Enfermagem; Levantamento das Necessidades de Saúde, Plano de cuidados e Evolução de Enfermagem.

O Histórico de Enfermagem compreende: dados de identificação; sociodemográficos (idade, cor da pele – autoreferida, estado conjugal, trabalho, renda, acesso à previdência social, composição familiar, rede de apoio); antecedentes pessoais (ano, forma de diagnóstico e via de infecção pelo HIV, uso e adesão a medicação antiretroviral, outras comorbidades e tratamentos, carga viral e contagem de linfócitos CD4+); antecedentes familiares (com especial atenção às doenças cardiovasculares, câncer de mama e de ovário); comportamentos e sexualidade (orientação sexual, número de parceiros sexuais na vida, nos últimos 12 meses e 3 meses, *status* sorológico do parceiro, prática de sexo em troca de benefícios, parceria eventual, tipo de prática sexual e uso de proteção, desejo e satisfação sexual, DST progressiva, uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas), antecedentes ginecológicos e obstétricos (idade da menarca, coitarca e menopausa, caracterização dos ciclos quanto

regularidade, periodicidade e fluxo, presença de dismenorréia, data da última menstruação, número de gestações, partos, abortos e cesárias, desejo de ter filhos e método contraceptivo); comportamentos preventivos (data da última citologia oncótica e mamografia) e queixas atuais.

Com esses dados buscamos responder as seguintes questões: Quem é essa mulher? Como ela vive? Como está lidando com a doença? Quais os riscos e vulnerabilidade à aquisição de DST e reinfecção pelo HIV? Como está sua vida sexual hoje? Quais são seus desejos e expectativas reprodutivas?

Para a detecção de anormalidades e confirmação de sinais e sintomas referidos é realizado o exame físico geral e especial. Neste último, enfoca-se a avaliação das mamas e dos genitais. No exame dos genitais procede-se à inspeção dos órgãos externos e internos, atentando-se para a presença de lesões sugestivas de DST e displasias. O exame especular permite a aferição do pH vaginal, realização da prova de aminas e coleta de conteúdo vaginal para realização de bacterioscopia corada pelo método de Gram e de secreção cervical para citologia oncótica tradicional. Complementa-se a análise com o teste de Schiller e toque combinado.

Apresentam-se, a seguir, o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental das mulheres atendidas e os principais problemas/necessidades de saúde identificados nas consultas de enfermagem e que foram sistematizados, envolvendo o período de atendimento de 2008 a 2010.

Foram atendidas 184 mulheres predominantemente entre 30 a 59 anos de idade (83,1%), brancas (71,7%), casadas ou em união estável (49,5%) e com baixo nível de escolaridade, demonstrado pelo percentual de mulheres com menos de oito anos de estudo (56,5%). Ainda no contexto sociodemográfico, 37,5% das mulheres não realizavam atividade remunerada e 42,9% não tinham acesso à previdência social. Dentre as 93 (50,5%) mulheres inseridas no mercado de trabalho, 76 (81,7%) estavam exercendo suas atividades profissionais no momento da consulta, sendo as ocupações predominantes relacionadas à prestação de serviços (55,3%) e 17 (18,3%) encontravam-se afastadas por morbidades associadas à aids.

As mulheres atendidas procediam de 45 municípios do interior do Estado de São Paulo.

A análise do perfil clínico-laboratorial relativo à infecção pelo HIV demonstrou que a mediana do tempo de diagnóstico da soropositividade para HIV foi de oito anos (1 semana-23 anos), sendo que 30,4% (56/184) das mulheres tinham 10 anos ou mais e 79,9% (147/184) faziam uso de terapia antirretroviral. A mediana das contagens de linfócitos T

CD4+ foi de 488 células/mm<sup>3</sup> (4-1.678) e 55,4% (102/184) carga viral plasmática do HIV indetectável.

Com relação à orientação sexual, a grande maioria das mulheres (97,8%) declarou ser heterossexual e quatro (2,2%), bissexual.

A mediana de idade, à primeira relação sexual, foi de 17 anos (9-38). Predominaram as mulheres (45,0%) com idade à coitarca ente 15 e 17 anos, embora, 36 (19,8%) a tiveram com 14 anos ou menos.

A maioria (65,8%) das mulheres relatou parceria sexual fixa, assim como, ter tido cinco ou mais parceiros sexuais ao longo da vida (59,2%). A mediana do número de parceiros sexuais em toda vida foi de cinco (1-100), excetuando-se as 19 (10,3%) mulheres que referiram ter praticado sexo em troca de dinheiro ou drogas em algum momento da vida. A maioria das mulheres (63,5%) referiu parceria única e 59 (32,1%) não ter tido atividade sexual nos últimos três meses que antecederam à entrevista. Quanto ao *status* sorológico do parceiro em relação ao HIV, 57 (31,0%) mulheres referiram que seus parceiros eram soropositivos e 19 (10,3%) não ter parceria fixa no momento da entrevista.

Considerando-se aspectos relativos à reprodução, 77,7% (143/184) das mulheres encontravam-se na menacme e 90,7% delas declararam ter filhos, em média 2,6 (*sd* =1,8).

O perfil das mulheres, segundo o consumo de substâncias nos doze meses que antecederam a entrevista, revelou que 20 (10,9%) utilizavam pelo menos uma droga, excluindo-se o álcool e o tabaco. Uso de maconha foi relatado por 8,2% das mulheres, cocaína inalatória por 3,3% e *crack* por 7,1%. Houve relatos de uso combinado dessas drogas.

Uso diário ou mais de uma vez na semana de álcool foi relatado por 12,5%, sendo que do total das mulheres atendidas, 42,9% eram tabagistas.

Com relação à categoria de exposição ao HIV, a grande maioria das mulheres (94,0%) referiu a via sexual como forma de infecção, quatro (2,2%) a via sanguínea e sete (3,8%) referiram ignorar a forma pela qual foram infectadas. Dentre as 173 mulheres que referiram a via sexual como categoria de exposição ao HIV, 155 (84,2%) foram contaminadas por seus parceiros ou ex-parceiros fixos.

O diagnóstico da infecção pelo HIV ou aids para a maioria das mulheres se deu a partir do seu próprio adoecimento (27,2%) ou do seu parceiro (26,6%) e apenas 15 (8,1%) mulheres foram testadas a partir da autopercepção de risco.

#### **PRINCIPAIS PROBLEMAS/NECESSIDADE DE SAÚDE/CUIDADOS DETECTADOS**

- A não aceitação da doença pelas pessoas do próprio convívio foi relatada por praticamente todas as mulheres atendidas, referindo-se ao preconceito e consequente

discriminação que grande parte da sociedade manifesta. Algumas mulheres relataram vivências nesse sentido, apontando-as, como causa de grande sofrimento, como por exemplo: *“A rejeição foi a pior coisa que já passei na vida”. “O preconceito é muito pior que a doença”!*

- Algumas mulheres relataram não aceitar o fato de terem aids ou estarem infectadas pelo HIV, apontando que essa condição causou estagnação em suas vidas: *“Quando descobri minha doença, me senti um lixo...meu sonho de felicidade morreu ali. Não tenho mais ânimo”.*

- Baixa auto-estima.

- Manifestação de sentimentos negativos como solidão, medo, insegurança, tristeza, raiva, dentre outros, levando em alguns casos ao isolamento social.

- Alteração da imagem corporal.

- A temática da violência sexual e/ou doméstica foi trazida por várias mulheres como um trauma sofrido no passado, ainda não superado, sendo que para algumas, essa vivência ainda era presente: *“Quando ele usa droga, ele me pega a força, sinto muita dor, às vezes até sangra, mas eu tenho muito medo dele, tenho medo que me mate”.*

- Grande maioria (71,2%) das mulheres referiram mudanças na vida sexual relacionadas ao conhecimento de sua condição sorológica positiva em relação ao HIV como: inatividade sexual, diminuição ou ausência de desejo sexual, diminuição na frequência de relações sexuais, impacto negativo no prazer sexual, mudanças nas práticas sexuais e alteração na frequência das relações sexuais.

- Dificuldades para iniciar/manter um relacionamento, exemplificada nos relatos: *“Não tenho vida sexual, porque tenho medo de passar a infecção para outra pessoa. Tenho receio de contar. Não acho certo iniciar um relacionamento e não contar, e também, não quero ficar contando pra todo mundo”.*

- Sexo desprotegido: 60/136 mulheres não utilizavam preservativos na prática sexual vaginal, 35/48 no sexo oral e 10/32 na prática anal. Para a maioria das mulheres o não uso do preservativo se dava devido à dificuldade de negociação com o parceiro.

- Uso irregular da medicação antiretroviral.

- Uso abusivo de álcool e drogas ilícitas e tabagismo.

- Alterações da flora vaginal: vaginose bacteriana (35,3%), flora vaginal intermediária (5,2%), candidose vaginal (6,0%), vaginose bacteriana em associação com candidose (4,3%) e outras alterações de flora (5,2%).

- Doenças sexualmente transmissíveis: infecção pelo HPV (83,6%), tricomoníase (14,7%), infecção pela *Chlamydia trachomatis* (24,6%) e sífilis (1,1%).

- Realização de citologia oncótica na periodicidade menor do que a recomendada (52,0%).

- Alteração na citologia oncótica: Lesão intraepitelial de baixo grau (12,5%), lesão intraepitelial de alto grau (4,9%), Atipias em células escamosas ASC-US (3,3%), atipias em células glandulares (0,5%).

- Desejo de engravidar (29,4%).

Considerando os principais problemas/necessidades de saúde/cuidados identificados o plano de cuidados foi dirigido à educação em saúde, aconselhamento e estabelecimento de propostas partilhadas no sentido da incorporação de ações protetoras, assim como, relacionadas à facilitação do convívio social e para melhorar a adesão ao tratamento. Neste sentido, buscando o empoderamento das mulheres, entendido como um processo pelo qual as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde<sup>34</sup>. Foram realizados encaminhamentos para tratamento das DST, alteração de flora vaginal e das lesões do colo uterino, para grupo de cessação do tabagismo, assim como, para outros profissionais da equipe de saúde.

A partir da experiência da sistematização da assistência de enfermagem com a identificação das necessidades acima apresentadas e com vistas a oportunizar espaço para discussão sobre a sexualidade das mulheres que vivem com HIV/aids, assim como, incrementar ações educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, desenvolvemos um projeto de extensão universitária denominado “O Feminino em Revista”. Este, além de manter as consultas de enfermagem, proporciona atividades educativas em sala de espera e grupo de sexualidade, com abordagem psicodramática.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A sistematização desta experiência permitiu constatar a manutenção de características pessoais e dos contextos socioculturais, econômicos e clínicos que as tornaram mais vulneráveis às DST e infecção pelo HIV. Destaca-se a importância de “dar voz” às mulheres a fim de proporcionar atenção integral e individualizada. A valorização da subjetividade do indivíduo, busca a produção de saúde, por meios curativos, preventivos e de reabilitação, e contribuir para a ampliação da autonomia dos usuários. O grau de autonomia se eleva com o aumento da capacidade dos usuários de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida, e assim, pode ser medido pela capacidade do autocuidado, da compreensão do processo saúde/doença e do uso do poder de estabelecimento de compromisso e contrato com outros<sup>35</sup>.

Destaca-se que em muitos momentos a principal ação de enfermagem foi colocar-se a disposição para ouvir suas histórias de vida e buscar fazê-las perceberem-se capazes de sonhar e de construir caminhos para alcançar seus objetivos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: MS; 2004.
2. UNAIDS/WHO [Internet]. 2013 Global Report Epidemiology Slides. Geneva: UNAIDS/WHO; 2013 [Acesso 14 abr 2014]. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309\\_epi\\_core\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf).
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol [Internet] 2013 até semana epidemiológica 26ª dezembro de 2013 [acesso 14 abr 2014]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p\\_boletim\\_2013internet\\_pdf\\_p\\_51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p_boletim_2013internet_pdf_p_51315.pdf).
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – CRT-DST/AIDS-SP. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Bol Epidemiol DST/AIDS [Internet]. Julho de 2012 a 30 de Junho de 2013 [acesso 14 abr 2014]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/boletim-epidemiologico-crt/boletim2013.pdf?attach=true>.
5. Helfgott A, Eriksen N, Bundrick M, Lorimor R, Eckhout V. Vaginal infections in human immunodeficiency virus-infected women. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:347-55.
6. Campos A, Amaral E, Levi J E, Portugal P, Villarroel M, Bezerra KC, et al. Carga Viral de HIV em mulheres brasileiras infectadas pelo HIV. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):67-71.
7. Duerr A, Heilig CM, Meikle SF, Cu-Uvin S, Klein RS, Rompalo A, et al. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: risk factors and severity. *Obstet Gynecol*. 2003;101:548-56.
8. Risser WL, Bortot AT, Benjamins LJ, Feldmann JM, Barratt MS, Eissa M, et al. The epidemiology of sexually transmitted infections in adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;16:160-7.
9. Hanson J, Posner S, Hassig S, Rice J, Farley TA. Assesment of sexually transmitted diseases as risk factors for HIV seroconversion in a New Orleans sexually transmitted disease clinic, 1990-1998. *Ann Epidemiol*. 2004;15:13-20.
10. Jamieson D, Duerr A, Klein R, Paramsothy P, Brown W, Cu-Uvin S, et al. Longitudinal analysis of bacterial vaginosis: findings from the HIV Epidemiology Research Study. *Obstet Gynecol*. 2001;98:656-63.
11. Moriuchi M, Moriuchi H, Willians R, Straus SE. Herpes simplex virus induces replication of human immunodeficiency virus typo 1. *Virology*. 2000;278:534-40.
12. Vermund SH, Wilson CM, Rogers AS, Partlow C, Moscicki AB. Sexually transmitted infections among HIV infected and HIV uninfected high-risk youth in the REACH study. *J Adolesc Health*. 2001;29 Suppl 3:49-56.

13. Sagay AS, Kapiga SH, Imade GE, Sankale JL, Idoko J, Kanki P. HIV infection among pregnant in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet.* 2005;90:61-7.
14. Nappi L, Carriero C, Bettocchi S, Herrero J, Vimercati A, Putignano G. Cervical squamous intraepithelial lesions of low-grade in HIV-infected women: recurrence, persistence, and progression, in treated and untreated women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;121:226-32.
15. Heard I, Tassie JM, Schmitz V, Mandelbrot L, Kazatchkine MD, Orth G. Increased risk of cervical disease among human immunodeficiency virus-infected women with severe immunosuppression and high human papillomavirus load. *Gynecol Oncol.* 2000;96:403-9.
16. Bongain A, Rampal A, Durant J, Michiels JF, Dellamonica P, Gillet JY. Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;65:195-9.
17. Palefsky JM, Minhoff H, Kalish LA, Levine A, Sacks HS, Garcia P, et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV)-positive and high-risk HIV-negative women. *J Natl Cancer Inst.* 1999;91:226-36.
18. Volkow P, Rubi S, Lizano M, Carrillo A, Vilar-Compte D, Garcia-Carrancá A, et al. High prevalence of oncogenic human papillomavirus in the genital tract of women with human immunodeficiency virus. *Gynecol Oncol.* 2001;82:27-31.
19. Levi JE, Fernandes S, Tateno AF, Motta E, Lima LP, Eluf-Neto J, et al. Presence of multiple human papillomavirus types in cervical samples from HIV-infected women. *Gynecol Oncol.* 2004;92:225-31.
20. Schiltz MA, Sandfort GM. HIV-positive people, risk and behaviour. *Soc Sci Med.* 2000;50:1571-88.
21. Troussier T, Tourette-Turgis C. La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies.* 2006;15:165-75.
22. Siegel K, Schrimshaw EW, Lekas HM. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Arch Sex Behav.* 2006; 35(4):437-49.
23. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20:430-7.
24. Moore AR, Oppong J. Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo. *Soc Sci Med.* 2006;64:1057-66.
25. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública.* 2002;36 Supl 4:12-23.
26. Freitas MRI, Gir E, Rodrigues ARF. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1. *Rev Esc Enferm USP.* 2000;34(3):258-63.
27. Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):759-65.
28. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p113-26.
29. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde na atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas de ações na unidade básica.* 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p29-47.

30. Fracolli LA, Bertazolli MR. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Fracolli LA, Bertazolli MR. Manual de Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p.4-8.
31. Nogueira MJC. O processo de enfermagem em enfermagem comunitária: uma proposta. Rev Paul Enferm 1993; 3(1): 15-20.
32. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. [acesso 14 abr 2014]. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br>
33. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
34. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. saúde coletiva 2012; 17(11): 2923-30.
35. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cienc Saúde Coletiva 2007; 12(4): 849-59.

## AS IDENTIDADES PROFISSIONAIS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Amélia de Campos Oliveira<sup>16</sup>

Juliana Guisardi Pereira<sup>17</sup>

### Introdução

Nas últimas décadas temos assistido a grandes mudanças sociais, tanto nos aspectos materiais quanto na subjetividade, e que resultam de transformações sociais e econômicas mais amplas. Essas mudanças têm impacto, também, no mundo do trabalho, alterando a estrutura das ocupações e a organização do trabalho. Podemos observar que está havendo uma reconceituação dos padrões profissionais e do profissionalismo (ANTUNES, 1999; GONÇALVES, 2008).

As origens desse processo de mudanças podem ser identificadas na crise estrutural do capitalismo a partir da década de 1970, que desencadeou um processo de reformulação ideológica e política com vistas a estabelecer novas formas de dominação, por meio do neoliberalismo, cujas marcas foram a privatização estatal e a desregulamentação dos direitos trabalhistas pelo Estado e o mercado de trabalho (ANTUNES, 1999).

Dentre essas mudanças, destacam-se: o predomínio do assalariamento, o surgimento e a expansão de novas formas de vinculação empregatícia, com precarização dos direitos trabalhistas; redução dos padrões de autonomia e autoridade profissionais decorrentes das novas formas de regulação do trabalho; a necessidade crescente de domínio de conhecimentos sobre gestão e liderança, além do conhecimento científico e técnico; e compatibilidade com as expectativas dos clientes (DUBAR, 2005; GONÇALVES, 2008).

Ao mesmo tempo, nota-se o aumento de profissionais na população economicamente ativa, bem como a feminização de vários grupos profissionais e existe tendência ao surgimento de novas profissões com identidades próprias e que requerem seu lugar na divisão social do trabalho, redefinindo assim os antigos limites, e a interdependência entre as profissões vem aumentando (BARBOSA, 1998; GONÇALVES, 2008; RODRIGUES, 1997).

---

<sup>16</sup> Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). [macampos@usp.br](mailto:macampos@usp.br)

<sup>17</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP.

Todas essas mudanças sociais e econômicas produzem impactos nas identidades profissionais. O setor saúde, ramo da economia brasileira que emprega cerca de 3,9 milhões de trabalhadores ou 4,3% do total de empregos no país, também sofreu impactos. Novas profissões vêm se inserindo no setor, principalmente devido ao trabalho em equipes multidisciplinares na Atenção Primária à Saúde. Diversas são as modalidades de contratação, bem como as jornadas de trabalho, as formas de remuneração e os modos de desenvolver o trabalho, aumentando a competição e a individualização das carreiras (MACHADO, VIEIRA, OLIVEIRA, 2012).

No caso da Enfermagem, cujo contingente de profissionais no Brasil ultrapassa a marca de 1,5 milhões de trabalhadores, as mudanças no mundo do trabalho também vêm exigindo novos perfis profissionais. Segundo dados de 2012, havia no Brasil 287.119 enfermeiros, 625.863 técnicos e 533.422 auxiliares de enfermagem, o que corresponde a 64,7% da força de trabalho em saúde no País (BARRETO, KRUMPEL, HUMERO, 2012).

Outra mudança importante refere-se ao local de inserção profissional das enfermeiras. Uma pesquisa realizada na década de 1980 sobre o local de trabalho constatou que 70,4% dos trabalhadores de enfermagem concentravam-se em hospitais. Já em 2005 esse percentual era 57,2% e atualmente há perspectiva de manter essa tendência de redução, haja vista que a implementação do SUS e, mais recentemente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), vem gerando o aumento de empregos para os profissionais de enfermagem no setor público e na Atenção Primária (BARRETO, KRUMPEL, HUMERO, 2012).

Implantada no Brasil desde 1994, em 2012, a ESF totalizava 32.970 equipes de saúde da família (BRASIL, 2012). Se todas as vagas para enfermeiras nas equipes fossem preenchidas, haveria 32.970 enfermeiras atuando na ESF, ou seja 11,48% dos enfermeiros do País.

A organização do trabalho na ESF propõe que a enfermeira exerça atividades que envolvem desde a coordenação da equipe de Enfermagem até a assistência direta, diferentemente do que ocorria tradicionalmente nas instituições tanto públicas quanto privadas onde esta profissional vinha desenvolvendo seu trabalho, inclusive com ampliação do âmbito de sua prática.

Já é tempo, portanto, de examinarmos os impactos dessas mudanças nas identidades profissionais das enfermeiras. Mais especificamente, o impacto que a inserção na Atenção Básica vem produzindo na identidade profissional das enfermeiras.

## **A Enfermagem como profissão e seu desenvolvimento no Brasil**

Algumas características do desenvolvimento profissional da Enfermagem levam alguns autores a considerá-la uma semi-profissão ou uma ocupação em processo de profissionalização. Para justificar essa posição, destacam a ausência de autonomia técnica plena, a diversidade de categorias profissionais e a falta de especificidade do papel profissional da enfermeira, evidenciada na literatura científica da área e presente nas representações sociais da profissão.

Antigas correntes da Sociologia das Profissões faziam distinção entre profissões, semi-profissões e ocupações em processo de profissionalização. Embora a distinção conceitual entre “profissão”, “ocupação” ou “ofício” já tenha sido objeto de preocupação dos sociólogos, na atualidade é considerada um “desperdício de tempo”, principalmente porque não ajuda a compreender o poder que determinados grupos ocupacionais detêm na sociedade. Para alguns estudiosos do campo da Sociologia das Profissões, mais que estabelecer uma linha demarcatória entre profissão e ocupação, importa considerá-las formas sociais similares que compartilham diversas características (EVETTS, 2009).

Em diversos países, as profissões desempenharam um papel importante na efetivação da ordem capitalista, no contexto de constituição ou reorganização do Estado, diante da necessidade de regular alguns aspectos da vida social e econômica.

A profissionalização da Enfermagem brasileira também ocorreu vinculada à estrutura socioeconômica do País. Em 1890, no contexto da recém-proclamada República, o decreto nº 791/1890 criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital Nacional de Alienados, também chamado Hospício Pedro II, onde hoje funciona a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; GERMANO, 1985; OGUISSO; MOREIRA, 2005).

Até essa época, a Igreja assumia os cuidados aos doentes nas Santas Casas de Misericórdia e o pessoal médico subordinava-se ao pessoal religioso, que inclusive deliberava sobre a admissão e a alta de pacientes. Entretanto, a classe médica vinha tecendo críticas às Santas Casas pela falta de respaldo científico e pelas condições de trabalho oferecidas aos médicos, alegando que isso poderia comprometer a qualidade da assistência e a geração de conhecimentos sobre doenças, em especial a loucura (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

A substituição da vinculação do Hospício de Pedro II, que passou da Santa Casa de Misericórdia para o Estado, significou uma vitória médica na luta pela hegemonia nos hospitais. A assunção da direção do Hospício por um médico, até então confiada às irmãs de

caridade, tirou o poder e o prestígio que elas desfrutavam, restringindo sua atuação, e culminando com sua retirada do serviço (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Em decorrência, os pacientes ficaram sem cuidados de Enfermagem, gerando uma situação de emergência que oportunizou a vinda de 40 enfermeiras francesas da escola de enfermeiras de Salpêtrière, de Paris, para atuar tanto na assistência aos doentes mentais como nos hospitais civis e militares (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; OGUISSO; MOREIRA 2005; PADILHA, BORENSTIEN, SANTOS, 2011).

No início do século XX no País, o fim da escravidão em 1888 e as precárias condições de vida e trabalho haviam gerado escassez de oferta de mão-de-obra para fazer frente à industrialização crescente. Os serviços de saúde pública mostravam-se insuficientes e pouco eficazes para conter as epidemias que dizimavam populações, como a gripe espanhola, que em 1918 atingiu mais de dois terços da população carioca e levou ao óbito cerca de 13 mil pessoas. Todas essas condições sinalizavam a urgência de uma reforma sanitária efetiva (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

O presidente Epitácio Pessoa (1919-1922), que em seu projeto governamental havia dado destaque ao saneamento, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo diretor geral foi Carlos Chagas. Com isso teve início a primeira reforma sanitária brasileira (BARREIRA, 1997). Por iniciativa de Carlos Chagas foi firmada uma missão de cooperação técnica para o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, patrocinada pela Fundação Rockefeller e chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Em 1921, foi criada a Escola de Enfermeiros do DNSP, atualmente Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), voltada ao atendimento das demandas estruturais da então capital federal, o Rio de Janeiro (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Essa foi a primeira escola brasileira organizada e dirigida por enfermeiras, com corpo docente constituído majoritariamente por enfermeiras. Tinha por objetivo formar profissionais para atuar na saúde pública como enfermeiras visitadoras, aconselhando, prestando cuidados, realizando a vigilância (condições de saúde da casa, detecção precoce de doenças), ensinando o cumprimento das prescrições médicas e encaminhando doentes aos médicos (BARREIRA, 1997; BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Embora não tenha sido o primeiro curso de formação de enfermeiras no País, a Escola de Enfermagem do DNSP ganhou importância pela iniciativa do governo brasileiro em

tomar a frente de um projeto sanitário de cunho higienista para atender às necessidades estruturais da capital federal.

Vejam a que inserção da Enfermagem moderna no cenário brasileiro não foi desencadeada pela preocupação com a melhoria da qualidade da assistência, por uma aspiração da sociedade ou por um movimento político de cuidadores, mas antes por imposições políticas (BARREIRA, 1993; BARREIRA, 1998; BARREIRA, 1999; GERMANO, 2010; MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Ao substituir o modelo de polícia médica pela educação sanitária, o governo brasileiro identificou a necessidade de um profissional capaz de efetivar a reforma sanitária brasileira de 1920, qual seja, a enfermeira de saúde pública, por imposição de pessoas externas ao grupo, incumbidas de oficializar e legitimar de forma simbólica a existência das enfermeiras e seu papel na sociedade (BARREIRA, 1993).

O ensino sistematizado da EEAN surgiu para atender a um projeto de saúde pública. Entretanto, o ensino das enfermeiras foi direcionado à prática de Enfermagem de âmbito hospitalar, para subsidiar a Medicina curativa, inclusive pela carga horária que lhe foi destinada, em detrimento dos conteúdos de saúde pública. No espaço de algumas décadas, essa tendência veio a se consolidar e o ensino de Enfermagem seguiu um percurso que buscou atender a expansão das instituições hospitalares, em função das políticas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro, principalmente durante o período chamado “milagre econômico” (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

A partir da década de 1970, a Enfermagem brasileira passou a assumir uma posição mais crítica a respeito de seu próprio trabalho, buscando compreender sua inserção social no modo de produção e a influência das relações políticas, históricas e tecnológicas que permeiam sua prática como profissão da saúde (MEDEIROS, 2009).

Na década seguinte, com o fim da ditadura militar e a transição para a democracia, teve lugar o Movimento da Reforma Sanitária, que exerceu papel decisivo na proposição de um novo modelo assistencial de saúde orientado para a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Contando com a liderança de acadêmicos e profissionais de saúde e a participação popular, culminou na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (SILVA JUNIOR, 2006).

Desde 1994, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista reorientar o modelo assistencial, estruturando o trabalho em saúde por meio de equipes multidisciplinares e

tendo a possibilidade de aproximar o cuidado das necessidades de saúde da população. A enfermeira tem importância fundamental como membro ativo na equipe de saúde e junto às coletividades e vem expandindo seu âmbito de atuação, inclusive por meio de regulamentações do exercício profissional nesse nível de atenção à saúde. Com isso, sua visibilidade social e profissional vem se ampliando, como têm demonstrado inúmeros estudos. Mas é possível afirmar que as identidades das enfermeiras vêm mudando?

### **A construção das identidades profissionais**

A questão das identidades vem se tornando gradativamente mais central nas pesquisas da área da Sociologia, especialmente a partir do final da década de 1970, impulsionada pelo processo de globalização e em meio à crise econômica e as consequentes mudanças nos empregos e no mercado de trabalho. Entretanto, o conceito de identidades não é consensual entre os estudiosos do tema; ainda é considerado pouco desenvolvido e, portanto, as teorias a seu respeito permanecem inconclusivas (DUBAR, 2009; HALL, 2005; VIEIRA, 2009).

De acordo com Dubar (2009), o conceito de identidades está ligado a dois pensamentos filosóficos distintos: o *essencialista* e o *nominalista*. O essencialismo, advindo da Sociologia Clássica, supõe a existência de realidades essenciais, imutáveis e originais, ou “realidades em si”, dada sua permanência ao longo do tempo. Nessa perspectiva, as identidades são concebidas como heranças que o indivíduo adquire e que determinam seu comportamento a sua revelia. A identidade social é sinônimo de *categoria de pertencimento*, pois caracteriza dimensões da vida dos indivíduos (renda, escolaridade, etnia, origem social), com vistas a “explicar esses ‘fatos sociais’, isto é, ligar essas maneiras de fazer, (sentir, pensar) a esses pertencimentos considerados determinantes” (DUBAR, 2009; p. 18).

Já o pensamento filosófico denominado *nominalista* rejeita o conceito de uma essência imutável, compreendendo que tudo é variável, inclusive as identidades, subordinando-as à época histórica e ao ponto de vista adotado. Nessa perspectiva, as identidades não dependem da permanência idêntica de algo/alguém, mas são o resultado de uma identificação eventual que incorpora a correlação entre a dimensão pessoal e os fatos sociais contemporâneos. O paradigma nominalista ou existencialista refuta que haja pertencimentos essenciais e estáveis entre os indivíduos e defende a existência de maneiras mutáveis de identificação ao longo da trajetória de vida pessoal e coletiva, sujeitas ao contexto histórico e social. Assim sendo, os modos de identificação ocorrem de duas formas: identificações conferidas pelos outros (identidade para o outro) e identidades reivindicadas pelo próprio indivíduo (identidade para si) (DUBAR, 2009).

O uso do termo “identidades” no plural, portanto, denota uma opção analítica contrária à noção de uma identidade essencial, acabada, autêntica, mas considera, antes, que as identidades (HALL, 2005; SANTOS JUNIOR, 2013):

- manifestam-se na pluralidade: implicando diversos componentes das identidades pessoais (profissional, política, amorosa);
- pressupõem alteridade: diferenciação entre o “eu” e o “outro”, em que sobressaem as *diferenças*;
- envolvem a experiência: a partir das situações vividas subjetivamente nos diferentes espaços de sociabilidade e, portanto, de interações, os indivíduos vão construindo diversas formas de representação identitária ao longo da vida;
- permitem o compartilhamento de interesses: sobressai o que é comum;
- são negociadas ao longo da vida, pelo seu caráter contingente diante das diversas possibilidades oferecidas pelas relações humanas.

Para Dubar (2005), a noção de identidade comporta uma dualidade social que compreende, por um lado, “atos de atribuição” e, por outro, “atos de pertencimento”. Os atos de atribuição buscam definir o tipo de pessoa que se é (identidade para si), incluindo desde a etnia, o estado civil, as designações profissionais etc. Já os atos de pertencimento expressam o tipo de pessoa que se quer ser (identidade para o outro). Dessa forma, é **na e pela** relação com o outro que uma pessoa identifica-se e é levada a aceitar ou recusar as identificações que lhe são atribuídas.

Dubar (2005) admite a relevância das diversas identidades pessoais, mas enfatiza a relevância do **trabalho** na vida pessoal e da **identidade profissional** na vida social. Dado o contexto econômico e social de crise que as pesquisas vêm sinalizando, considera que “...a privação de trabalho é um sofrimento íntimo, um golpe na autoestima tanto quanto uma perda de relação com os outros: uma ferida identitária geradora de desorganização social (DUBAR, 2005; p. XXII)”.

A escola tem papel fundamental na primeira construção da identidade social, geralmente desconectada do mundo profissional. Entretanto, quando da saída do sistema escolar e confrontação com o mundo do trabalho, ocorre um momento essencial da construção da identidade autônoma (DUBAR, 2005).

A iniciação em uma especialidade disciplinar ou técnica tem grande significado na identidade virtual e a confrontação com o trabalho tem grande implicação identitária. É

desse confronto que dependem a identificação pelos outros das competências, do status e da carreira possível para um indivíduo, assim como a construção de seu projeto, aspirações e identidade possível (DUBAR, 2005).

Em decorrência, surge a necessidade de criar estratégias pessoais de “apresentação de si”, o que ultrapassa os limites da escolha de uma profissão ou da aquisição de um diploma, avançando na direção de construir uma estratégia que projete a identidade para si, de auto-avaliação das capacidades e realização de desejos. Dessa forma, a primeira *identidade profissional para si* está constantemente vulnerável a adaptações e conversões (DUBAR, 2005).

A identidade no trabalho é fundada sobre representações coletivas distintas, evidenciada pela maneira pela qual um determinado grupo no trabalho identifica-se com os pares, os chefes e com os demais grupos, de forma a constituir os sujeitos nesse sistema social. Envolve o *poder* nas relações de trabalho, pois é nelas “que se experimenta o enfretamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo ao poder” (DUBAR, 2005; p. 151).

Ao longo da trajetória de vida, o indivíduo vai construindo suas identidades sociais e profissionais de acordo com as categorias que lhe são apresentadas pelas instituições (família, escola, empresa etc.). Esse processo relacional legitima (ou não) o reconhecimento das identidades associadas a saberes, competências e imagens de si que os indivíduos propõem. Cada geração constrói as identidades a partir dos arranjos herdados da geração antecedente, mas também por mecanismos identitários desenvolvidos nas instituições em que os indivíduos atuam (DUBAR, 2005).

### **Implicações para a Enfermagem**

Sabemos bem que o cuidado de enfermagem é construído na prática diária. É no cotidiano dos serviços que o profissional enfermeiro realiza uma ação em que compreende a si próprio, a relação com o outro e as condições nas quais esse trabalho é feito. Esses mecanismos envolvem o papel prescrito da enfermeira pela instituição e a posição que ocupa na divisão trabalho, bem como a forma como reelabora as referências que tem da profissão. Esses mecanismos nem sempre são coincidentes e, quanto maior essa lacuna, maior a oportunidade de reconstrução identitária. (D’Espiney, 2010)

Durante anos, a fonte de identificação das enfermeiras assentou-se no conhecimento biomédico e nos valores, nos princípios e nas regras das instituições hospitalares, que influenciaram tanto *a identidade para si* e *a identidade para o outro* nesse grupo

profissional. A aproximação com o modelo médico forneceu um substrato importante para conferir significado às ações e intervenções, de forma que as enfermeiras posicionaram-se inicialmente como “auxiliares dos médicos”. Simultaneamente, entretanto, ao assumir a função de “guardiãs do hospital”, imbuindo-se dos valores e normas impostas por esta instituição, afastaram-se parcialmente do domínio da Medicina e firmaram-se com autonomia na gestão dos serviços (D’Espiney, 2006).

Atualmente, nos diversos contextos da Atenção Primária à Saúde, de auxiliar de médico gradualmente a enfermeira vai se transformando em “mini-médico” (faz consultas, prescreve medicações segundo protocolos, solicita exames). Com isso, torna-se socialmente mais valorizada, apesar da menor autonomia e do menor salário.

Além disso, o cuidar das famílias, estabelece com os usuários uma relação personificada e torna-se um profissional de referência no serviço, especialmente para os usuários mais assíduos da Unidade. A imagem que passa a projetar é a de alguém que acompanha o usuário e sua família em seu processo saúde/doença. Além disso, nas UBS a enfermeira é um profissional disponível para realizar a escuta, o que dá aos usuários uma maior possibilidade de aproximação e interação. Esta tarefa, vale ressaltar, é uma iniciativa das próprias enfermeiras, indo para além do que está previsto na Política de Humanização do SUS.

Ademais, a proximidade possibilitada pela visita domiciliária e pelo acompanhamento continuado dos indivíduos e famílias facilita sua participação na busca de soluções para os problemas identificados, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e do *empowerment* das pessoas assistidas. A participação do usuário traz tanto a possibilidade de decidir conjuntamente sobre os cuidados de que necessita, como também confere maior horizontalidade sua relação com os profissionais de saúde.

A legitimidade da ação da enfermeira passa “a ser conquistada pelo profissional através da sua capacidade de intervir e de se relacionar com o outro, em situação” (D’Espiney, 2006:17). As atividades realizadas pelas enfermeiras deixam de constituir um fim em si e por si próprias - a centralidade está agora nas intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença.

Todos esses elementos sinalizam uma possibilidade de reconstrução identitária, de transformação da identidade para si (o que a enfermeira pensa sobre si mesma e seu trabalho) e a identidade para o outro (o que os usuários dos serviços e demais profissionais da saúde pensam sobre a enfermeira e seu trabalho).

Na luta pela afirmação e o reconhecimento profissional, a enfermeira continua em busca de uma imagem de si condizente com a concretude de seu trabalho. A negociação de novas identidades é perpassada por diversas lógicas: a das necessidades e problemas de saúde, em que a saúde é um direito de cidadania e um dever do Estado, mas também pela lógica do mercado, em que a saúde é uma mercadoria.

O paradoxo instaura-se quando, na área em que possuem maior autonomia, obtêm menor status social, enquanto a valorização social requer maior dependência do trabalho médico e da tecnologia.

## REFERÊNCIAS

- Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- Baptista SS, Barreira IA. Condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras". Revista Alternativa de Enfermagem. Ano I, n.2, 1997, pp 04-17.
- Barbosa MLO. Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil? *Tempo Social; Revista de Sociologia da USP*, v10, n 1, 1998, pp 129-142.
- Barreira IA. A prática da enfermagem no Brasil: a enfermeira de saúde pública dos anos 20. *Texto e Contexto Enfermagem*, v.7, n.1, 1998, pp. 42-57.
- Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 7. n. 3, 1999, pp. 87-93.
- Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v. 7. n. 3, 1999, p. 87-93.
- Barreira IA. A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1993. 335p.
- Barreto IS, Krempel MC, Humerez DC. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. *Enfermagem em Foco*, v. 2, n. 4, p.251-4, 2012.
- Bonelli MG. O Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros e o Estado: a profissionalização no Brasil e os limites dos modelos centrados no mercado. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 14. n. 39, 1999, pp 61-81.
- BRASIL, 2012. Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/19/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>. Acesso em 04 06 2013.
- D'Espiney ML. Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo / Revista de ciências da Educação*. n.6, maio-agosto, p. 07-20, 2006.
- Dubar C. A socialização: a construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo, Martins Fontes, 2005.
- Dubar C. A crise das identidades: a interpretação de uma mutação. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- Evetts J. The sociology of professional groups. *Current Sociology*, v. 54. n.1, 2006, pp. 03-25.

Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: EDUSP, 1998.

Freitas GF. Gênese e incorporação do saber administrativo em enfermagem: análise do discurso a partir das obras El Arte de Enfermería e Notas Sobre Enfermagem. Tese (Livredocência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.35. n.1, 2001, pp.807.

Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1985.

Gonçalves CM. “Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento”. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9224/2/5512000064254.pdf> (16 maio de 2012).

Hall, S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

Larson MS. The rise of professionalism: a sociological analysis. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1977.

Machado MH, Vieira AL, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. Enfermagem em Foco. 3(3): 119-122, 2012.

Medeiros RG. “A Enfermagem do passado e do futuro: perspectivas e desafios do cuidar”. Malagutti W, Miranda SMRC. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. São Paulo: Phorte, 2010.

Moreira M, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

Padilha MIC, Borenstein MS, Santos I (org.). Enfermagem: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

Rodrigues ML. Sociologia das Profissões. Celta Editora:Oieras, 1997.

Santos LAC. “A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.15. n.1, 2008, pp.13-28.

Santos Junior J. Sob o véu da linguagem: desafios e impasses no estudo das identidades. Indagatio Didactica, v. 5, n. 2, p. 506- 516, 2013.

Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec 2006.

Vieira L (org.). Identidade e globalização: impasses e perspectivas da identidade e a diversidade cultural. Rio de Janeiro: Record; 2009.

**Redes de Atenção, acolhimento e humanização na Atenção Básica em Saúde:  
a contribuição da enfermagem**

**Olga Laura Giraldi Peterlini**<sup>18</sup>

Gostaria de primeiro agradecer a comissão organizadora pelo convite e a oportunidade de participar nesta mesa sobre “A enfermagem e a qualidade dos sistemas e redes de atenção à saúde”, e espero colaborar com a minha experiência neste assunto, ainda novo no nosso País. O meu interesse nesta proposta organizativa do sistema de saúde, começou na década de 80, do século passado, por ocasião das Ações Integradas de Saúde (AIS), que era uma proposta de integrar num primeiro momento, os diferentes serviços de atenção à saúde no âmbito municipal. Na época estava como diretora de um hospital voltado para a atenção materno-infantil e participava ativamente de todas as discussões para a sua viabilização. E penso que as “AIS” teve dificuldade na sua implantação, devido a pouca experiência política que tínhamos na época para convergir os interesses dos serviços de saúde, para assim formar um grupo de serviços que tivessem o mesmo interesse e objetivo para uma atenção de qualidade ao cidadão. Uma das ações proposta nas AIS, visava implantar uma comunicação entre os serviços, muito conhecida como referência e contra-referência. Uma ação tão simples e ao mesmo tempo tão difícil de implantar, que até hoje passado 30 anos ainda e um desafio. Já na década de 90, com a municipalização, começa a aparecer proposta de integração de serviços voltados para a atenção de uma parcela da população, e assim começamos no Brasil a ter várias experiências e tentativas de implantação de Redes. No Paraná participei do Viva Mulher, como coordenadora, e em Curitiba como moradora e professora do Programa Mãe Curitibana, que foi a inspiradora para o programa de Humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no início deste século. A experiência com o Viva Mulher foi muito rica em vários aspectos, a primeira refere-se à organização dos serviços de atenção a mulher, que preconizava a atenção primária como ordenadora do fluxo e a necessidade de ter outros níveis de atenção organizados para garantir o encaminhamento e seguimentos das mulheres que apresentavam resultados alterados. A segunda experiência foi trabalhar a organização do processo de trabalho, com a capacitação técnica e a responsabilização de toda a equipe e a terceira o desenvolvimento de um sistema de informação. Este sistema permitia um acompanhamento gerencial e epidemiológico, o que foi um fator importante de valorização

---

<sup>18</sup> Assessora da Superintendência de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Diretora de Educação da ABEn-PR 2013/2015. E-mail: [olga.peterlini@sesa.pr.gov.br](mailto:olga.peterlini@sesa.pr.gov.br)

da atenção primária, que ficou responsável na Rede para captação da Mulher, qualidade da coleta e encaminhamento para serviços em outros níveis de atenção e por último o seguimento. O Paraná foi o Estado que implantou primeiro o controle de qualidade dos laudos da citologia oncótica e da qualidade dos esfregaços. E essas ações desenvolvidas no Viva Mulher tem ajudado na minha atuação profissional atual, que é de assessora na Secretaria de Saúde do Paraná para a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede nasce da experiência exitosa da Mãe Curitibana, que com ações simples, mas firmes, conseguiu em pouco tempo reduzir os indicadores de mortalidade materna infantil, com ações de atenção ao pré-natal e à criança, a identificação do risco e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto.

No tema proposto para esta mesa redonda tem três conteúdos importantes:

- Qualidade para o sistema e para as Redes de Atenção;
- Enfermagem protagonista desses processos e,
- Redes de Atenção a Saúde.

Acredito que antes de descrever a experiência da organização e coordenação da Rede Mãe Paranaense e preciso deixar claro alguns conceitos para que possam entender o caminho trilhado.

As Redes de Atenção à Saúde estão postas com o objetivo de qualificar a atenção à saúde neste sistema de saúde único (SUS) universal, e que tem como um dos princípios a equidade e a integralidade. Na literatura encontramos que em outros países onde Redes de Atenção foram implantadas, o resultado aponta para uma melhor organização dos serviços e conseqüentemente a otimização dos recursos físicos, financeiros e de recursos humanos, melhoria da condição de saúde da população e diminuição do quantitativo de internamentos, principalmente aqueles internamentos sensíveis da atenção primária. Outros benefícios são apontados como a Rede sendo uma facilitadora para o desenvolvimento de um espírito colaborativo entre serviços e a consciência sobre o seu papel dentro do sistema de saúde. Após um estudo bibliográfico sobre Redes em vários países Mendes (2011) conclui que as Redes de Atenção também melhoram os “resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde”.

Sem deixar de considerar os vários conceitos citados por Mendes (2011) desenvolvemos um enunciado que está em consonância com o que estou vivenciando hoje, e assim considero que a *Rede de Atenção à saúde é um arranjo dinâmico de serviços de saúde, que estão organizados hierarquicamente e voltados para um mesmo objetivo, de tal maneira que favoreça o acesso e oferte uma atenção de qualidade a população, dentro das suas necessidades definidas epidemiologicamente.*

Fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010). Entendemos que uma rede de atenção se consolida a partir da implantação dos seus cinco componentes.

-Uma atenção primária de qualidade, resolutiva, e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território;

-Estratificação de risco da população;

-A vinculação em serviços com capacidade de atender adequadamente;

-Os sistemas de apoio que vão desde os meios para diagnóstico e tratamento, os medicamentos e os sistemas de informação. O transporte sanitário que garante chegar ao local de atendimento com segurança;

- Sistema de governança da Rede.

Mendes (2011) considera que *“redes de atenção à saúde, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado”*.

Posto o que os princípios e conceito sobre Redes de Atenção, é necessário que trabalhem um pouco sobre qualidade da atenção a saúde.

Qualidade em saúde é um assunto ainda muito discutido e com varias propostas para a sua identificação e qualificação, que passa pelo acompanhamento de indicadores, proposta centrada no resultado, avaliação de processos com a utilização de protocolos e critérios mínimos para a sua estrutura, com a definição de parâmetros, como metros por leito e quantitativo de recursos humanos para um determinado atendimento.

Donabedian (1973) conclui que a qualidade dos serviços de saúde necessitam ter uma convergência de estrutura, do processo e dos resultados, ou seja os serviços de saúde precisam ter os 3 componentes em consonância com o objetivo proposto para o atendimento à população. Assim uma rede de atenção à saúde pode ser considerada adequada quando existe economia de escala concomitante com serviços acessíveis e de qualidade, considerando que a qualidade pode estar determinada pelo seu resultado, seu processo e pela sua estrutura física. O Institute of Medicine dos EUA considera seis dimensões para a qualidade do cuidado prestado, assim os serviços devem prestar um cuidado, seguro (evitando danos), efetivo (baseados em evidencia, que gerem benefícios), centrado na pessoa (respeitando a necessidade dos pacientes), oportuno (reduzir o tempo de espera), eficiente (evitar desperdícios) e por fim equitativo (não ter variações de qualidade devido as características das pessoas)

E por fim o protagonismo da ENFERMAGEM, já deixarei com letra maiúscula, pois esta categoria profissional é a que mais responde adequadamente as mudanças e inovações. E na organização da Rede de atenção precisamos de parceiros que entenda do processo acredite e tome a frente para a mudança do processo de trabalho que uma Rede de atenção exige. Na Rede nunca sou eu.... somos nós, se você não faz eu faço, mas amanhã você tem que fazer e assim por diante.

### **Descrição da trajetória da Rede Mãe Paranaense:**

A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno infantil nas ações do pré-natal, parto e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. (HUÇULAK, 2012)

A trajetória da construção da Rede inicia-se com o levantamento e análise epidemiológica e a identificação do risco e o estabelecimento da **estratificação de risco**. A estratificação é utilizada nos eventos crônicos e baseada em análise epidemiológica permite que o planejamento e as ações estejam à disposição em grau de complexidade para quem realmente precisa. Com base em um estudo que foi do ano 2000 ate 2010, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança, risco habitual, risco intermediário e alto risco.

**Risco Habitual:** gestantes e crianças que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

**Risco Intermediário:** Gestantes e crianças que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sócio-demográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:

Para estabelecer o risco intermediário da gestante e da criança foram considerados:

**Raça e ou etnia da mãe** – representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado a mães brancas.

**Idade da mãe** – representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos.

**Grau de escolaridade da mãe** – representando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.

**Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior** - representando um risco relativo para as mãe que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que tiveram filho morto.

**Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores** - representando um risco relativo para as mãe que tiveram mais de 3 filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação as mulheres com menos de 3 filhos.

**Alto Risco:** Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a seguir:

Condição clínica pré-existente: Hipertensão arterial; Dependência de drogas lícitas e ilícitas; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias; Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica; Psicose e depressão grave

Intercorrências clínicas: Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (Infecção de repetição do Trato Urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual; Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias); Retardo do crescimento intra-uterino; Trabalho de parto prematuro; Placenta prévia; Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas); Sangramento de origem uterina; Isoimunização RhD (Rh negativo); Má formação fetal confirmada; Macrossomia do concepto com patologias.

A estratificação de risco da gestante define a sua vinculação ao pré-natal e ao Hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto.

A estratificação de alto risco na criança está relacionada por ocasião do nascimento e do seu desenvolvimento, na identificação de prematuridade, asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida), baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, Aids) e triagem neonatal positiva.

Para auxiliar na organização da Rede foi elaborado um mapa estratégico que nada mais é do que a representação de uma arquitetura genérica que permite a descrição das estratégias para o alcance dos objetivos. Kaplan e Norton (1997) criaram o conceito de mapa estratégico, a respeito do qual afirmam que "representa o elo perdido entre a formulação e a execução da estratégia". O Mapa deve prever a identificação da missão do projeto, no caso Rede Mãe Paranaense, visão, valores, os resultados para a sociedade, os processos e ações de gestão necessária para que a Rede aconteça e o aporte financeiro necessário.

## **Os pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense**

### **Na Atenção Primária**

A atenção primária é a porta de entrada da Rede, ordena a atenção nos outros níveis de atenção. A Rede mãe Paranaense tem adesão dos 399 municípios do Estado, desenvolve às atividades de busca ativa precoce à gestante e crianças menores de 1 ano, oferta de pré-natal em quantidade, mas principalmente em qualidade, vincula as gestantes a serviços

onde o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural possível e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco a outros níveis de referência e a serviços que estão compondo a Rede. Toda a unidade de atenção primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da estratégia Saúde da Família. A classificação de risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois desta forma a carteira da gestante e da criança permite a comunicação das equipes da APS com os demais pontos de atenção secundários e terciários.

### **Na Atenção Ambulatorial Secundária/Centro Mãe Paranaense**

A Atenção Secundária Ambulatorial é um equipamento nas Redes de Atenção que enfrenta uma condição de saúde específica e complementando a necessidade de atenção primária. Na Rede Mãe Paranaense são identificados como Centro Mãe Paranaense, e especificamente tem a competência de atender as gestantes e crianças com estratificação de risco intermediário e alto risco.

O modelo de atenção para o Centro Mãe Paranaense é o da integralidade, onde a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional e multidisciplinar, de diagnóstico e terapêutico garantidos.

### **Na Atenção Hospitalar**

Na atenção hospitalar, a Rede Mãe Paranaense se organizou em pontos de atenção hospitalar nos municípios, para atender o risco habitual, nas regionais de saúde e ou macro regionais, para atender o risco intermediário e alto risco. Para o Alto Risco os hospitais contam com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatórios para o pré-natal de risco e garantem o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculado. Quando chegar à hora do parto a gestante procura o serviço de referência para o parto a qual foi vinculada durante a realização do pré-natal.

A construção da **Matriz dos Pontos de Atenção** foi fundamental, pois identifica os serviços e ações necessárias à atenção a gestante e a criança até um ano de vida, em cada nível de atenção.

Identificando a **Matriz dos Pontos de Atenção**, o próximo passo foi descrever o que se espera em termos de **Competências dos Profissionais e dos Pontos de Atenção**. Todo este descritivo esta na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Ao adotarmos as linhas guias estamos considerando a sua importância de normalizar de uma forma mais abrangente as

ações nos diferentes níveis de atenção, e tem sido atualizada a cada ano. Já os protocolos têm sido utilizados para normalizar ações específicas, como a atenção a gestante e ao recém-nato com toxoplasmose, por exemplo.

Na organização dos Pontos de atenção deve-se levar em conta primeiro a garantia de acesso, a qualidade do serviço na perspectiva de atenção multiprofissional, respeitando os aspectos culturais de utilização dos serviços e sempre voltados para a atenção humanizada da gestante e da criança.

**Vale reforçar que mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da unidade básica, continua responsável pelo cuidado a essa gestante.**

A definição da tipologia dos hospitais permitiu a identificação, dentre os hospitais que prestavam atendimento obstétrico no Estado, as instituições aptas a atender com qualidade as gestantes. Abaixo os requisitos necessários para que os hospitais façam parte da Rede Mãe Paranaense.

Hospitais:

A) Risco habitual

- Dispor de equipe médica e de enfermagem 24 hs;
- Aderir à vinculação do parto de risco habitual;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante,
- Ofertar condições para o parto natural;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Comprometer-se com a realização da vacina contra hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);

B) Risco Intermediário

- Dispor de equipe médica com obstetra, anestesista, pediatra e de enfermagem 24 hs;
- Aderir à vinculação do parto de risco intermediário;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante,
- Ofertar condições para o parto natural;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realizar a vacina contra hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Dispor às centrais de leito e regulação estadual, do numero acordado de vagas, para os municípios da sua vinculação.

### C) Alto Risco

- Dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e de enfermagem 24 hs;
- Aderir à vinculação do parto de alto risco;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante,
- Ofertar condições para o parto natural;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realizar a vacina contra hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Dispor às centrais de leitos e regulação estadual, do número acordado de vagas, para os municípios da sua vinculação.

### **Monitoramento do desempenho**

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que segundo Norton e Kaplan (1997) este permite quantificar o desempenho da empresa a partir do estabelecimento de indicadores quantitativos que fazem o balanceamento entre quatro perspectivas definidos no mapa estratégico. Ao olhar e refletirmos sobre os indicadores que o Painel de Bordo definiu, observa-se que estes permitem obter as respostas frente às seguintes perguntas: Estamos fazendo o que é certo? Estamos fazendo corretamente? Podemos fazer melhor?

A seguir os indicadores de monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense

Razão de morte materna, Coeficiente de mortalidade infantil, índice de satisfação das usuárias da rede, % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação, Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses, Cobertura vacinal em menores de um ano, Número absoluto de crianças com sífilis congênita, Índice de partos prematuros, Índice de cesarianas, % de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos, % de crianças estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos, % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco, % de gestantes com acompanhante no pré-natal, parto e puerpério, % de cobertura de gestantes de alto risco, % de cobertura de crianças de risco menores de um ano, % de municípios realizando estratificação de risco e a vinculação ao Centro Mãe Paranaense e aos hospitais contratados, % de gestantes de risco e crianças de risco atendidas no Centro Mãe Paranaense, % de partos de risco realizados nos hospitais contratualizados da Rede Mãe Paranaense, % de gestantes de alto risco monitoradas, % de crianças de risco menor de 1 ano monitoradas, % de carteiras de gestantes encaminhadas, % de carteiras de crianças encaminhadas, % de municípios que aderiram a Rede Mãe Paranaense e estão realizando as ações da linha guia.

Para dez (10) objetivos estratégicos elencaram-se vinte e três (23) indicadores, que possibilitarão o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia da Rede Mãe Paranaense.

Este monitoramento será possível pelo acompanhamento dos dados levantados dos sistemas de informação oficial do governo como: Sisprenatal, SIAB, Sinan, Sinasc, Sim, SIAH, SAI e pelo desenvolvimento de inquérito/pesquisa sistemática aplicadas com as usuárias da Rede.

Comungo com Mendes (2011) quando considera que uma gestão eficaz das Redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos. Operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos.

## **Conclusão**

Passados dois anos da implantação da Rede Mãe Paranaense, acreditamos que para atingirmos o objetivo de atender a gestante e a criança com qualidade e reduzir a mortalidade materna e infantil principalmente a neonatal, foi necessário estabelecer um tempo para o planejamento, determinando as ações e estratégias no mapa estratégico e definirmos o painel de bordo com os indicadores de monitoramento e avaliação. Nesta semana concluímos que em dois anos reduzimos 40% das mortes materna e 10% das mortes em crianças menores de 1 ano de idade. Temos muitos desafios, como: construir e estabelecer a governança da Rede na conformação macrorregional, estabelecer a gestão de caso como rotina, para podermos sim, reduzir a mortalidade infantil. E lidar com a dinâmica dos hospitais convergindo os interesses dos serviços para o objetivo da Rede Mãe Paranaenses.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

HUÇULAK MC. O estado e as Redes de Atenção a Saúde – 1ª Mostra de Experiências- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 210p., 2012.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

KAPLAN RS; NORTON DP. A estratégia em ação: Balanced Scorecard. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.