

A EVOLUÇÃO DO SETOR SAÚDE E A CRISE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Ieda Barreira e Castro*

RESUMO — O processo de unificação do Setor Saúde no Brasil vem ocorrendo paralelamente a grandes modificações quantitativas e qualitativas na preparação do pessoal de enfermagem. No entanto, essas alterações não se fizeram acompanhar pela ampliação de oportunidades de emprego e de espaço profissional nos programas e serviços de saúde. Alguns dos fatores que contribuíram para a configuração dessa situação são levantados e discutidos pela autora.

ABSTRACT — The process of unification of the Health Sector in Brazil has occurring parallelly to great quantitative and qualitative modifications in the preparing of Nursing personnel. Although, these changings weren't accompanied for the enlargement of job opportunities and professional space in programs and health services. On the factors that contributed to the configuration of this situation are mentioned and discussed by the author.

1 ANTECEDENTES

Desde a implantação do Sistema Nightingale no Brasil as enfermeiras “Ana Neri”, “diplomadas” ou “de alto padrão”, como eram denominadas, se esforçaram por se distinguir dos demais exercentes da enfermagem. A idéia era a de buscar um status social mais elevado para essa nova enfermeira, como meio de valorização da profissão.

Em consonância com esta idéia, algumas escolas procuram “elitizar” o ensino da enfermagem, inclusive mediante critérios de seleção discriminatórios. E às vezes às alunas de enfermagem era passada uma atitude de intolerância mal disfarçada em relação ao pessoal não formado.

Pensava-se também que a “enfermeira diplomada”, deveria, logo que possível, ocupar todo o espaço profissional. Face à produção insuficiente de enfermeiras (cujo total era de 1.300 no ano de 1941), foram criados os cursos de auxiliar de enfermagem, considerados como uma solução de emergência. No entanto aquele era um problema impossível.

O Relatório do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem (1956/57) já mostrava as dificuldades que a direção dos cursos de auxiliar vinha encontrando em “conciliar os objetivos previstos na lei de ensino (775/49) com as reais funções que esse grupo vinha desempenhando na maioria dos hospitais, onde não existia sequer um enfermeiro”. Assim é que alguns daqueles cursos “vinham apresentando planos de Curso muito semelhantes aos de Graduação em Enfermagem e mesmo na prática profissional, as funções desses dois grupos vinham sendo confundidas, problema já observado há alguns anos”. Na década de 60, o número de auxiliares de enfermagem ultrapassou o de enfermeiros e foi criada a categoria de técnico de enfermagem, por força da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (4024/61). Embora o assunto do técnico de enfer-

magem viesse sendo acaloradamente discutido pelas enfermeiras parece que a maioria delas julgava precoce, senão inconveniente, a criação de mais esta categoria de enfermagem. Em 1966 um grupo de professores de enfermagem conseguiu chegar a um consenso sobre as atividades que deveriam ser atribuídas a cada uma das três categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar). No entanto, esta decisão nunca chegou a ser concretizada, nem no plano legislativo nem no da prática assistencial.

2 MODIFICAÇÕES QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS NA FORMAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

Na década de 70, processaram-se alterações nas escolas ou cursos de graduação em enfermagem. Essas alterações decorriam principalmente da implementação de estratégias governamentais condizentes com as ideologias do Estado Empresarial e da Segurança Nacional, veiculadas principalmente pela Reforma Universitária.

Devido à direttriz racionalizadora de aproveitamento de todas as vagas existentes por parte dos aprovados, da qual o vestibular unificado é a expressão operacional, grande parte dos estudantes passaram a ingressar nos cursos de enfermagem não tinham realmente preferência por esta carreira. Outro aspecto dessa questão é o de que o número de pontos suficiente para classificar-se, para o curso de enfermagem, era bastante inferior àqueles necessários para ingressar em carreiras de maior procura, o que favorecia a entrada de estudantes provenientes de cursos secundários deficientes e de ambientes sem maiores estímulos culturais que os direcionasse a um desempenho acadêmico considerado satisfatório.

* *Professor Titular da Escola de Enfermagem Ana Neri / UFRJ — Bolsista do CNPq — Categoria Pesquisa.*

Por outro lado, apesar de a Reforma Universitária integrar as unidades em Centros, não foi adotada uma política de interdisciplinariedade nem favorecido o intercâmbio cultural. Ao contrário, o que se viu foi uma remodelação técnico-administrativa, a ênfase na formação técnico-profissional e o recrudescimento da repressão política. Os professores de enfermagem passaram a lidar com enormes turmas de alunos, muitas vezes insatisfeitos por estudar enfermagem e ainda em dúvida se queriam realmente chegar ao final do curso. A tecnologia educacional disponível não avançou para fazer face ao ensino de grandes grupos. A relação professor aluno foi profundamente alterada: o papel de modelo para o estudante de enfermagem, que as professoras de enfermagem vinham desempenhando há décadas, não tinha mais sentido. As professoras se mostravam por vezes intimidadas frente aos alunos que, durante três semestres, haviam definido um tipo de comportamento que consideravam adequado ao ambiente universitário, mas que freqüentemente entrava em choque com os padrões aceitos pela escola de enfermagem. Algumas professoras se sentiam pouco a vontade em seu relacionamento com os rapazes da classe e não sabiam que conduta adotar com relação aos namoros ou aos maneirismos de alguns. O sistema de avaliação, que tradicionalmente valia-se da observação estrita do aluno, em sala de aula e no campo de estágio e se baseava em critérios de autoridade, foi seriamente abalado pelo aumento das classes e pelo sistema de créditos, que eliminou a composição fixa de cada turma e atenuou o significado da reprovação.

Alterou-se também o enfoque da formação do enfermeiro, que na vigência da Lei 775/49 era claramente o da competência técnica e executiva com forte componente prático, mediante a prestação de cuidados de enfermagem em situações reais de trabalho. Com o Parecer 163/72 do CFE determinando o Currículo Mínimo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia, a carga horária de aulas teóricas e teórico-práticas foi aumentada em relação à prática. Esta foi reduzida e não só em termos proporcionais, mas também no que se refere à cobertura de diversos turnos — horários e à escala semanal de trabalho. Em termos qualitativos, baixou muito o nível de envolvimento do estudante com as diversas funções desempenhadas pela enfermagem na unidade de internação como um todo. Assim, mesmo aquelas Escolas que desfrutavam de um alto conceito do ponto de vista pedagógico, de certo modo perderam seus marcos referenciais.

A Reforma Universitária também redefiniu os cargos do corpo docente do ensino superior, a partir da qualificação dos mesmos, em nível de pós-graduação e fixou o princípio da unidade ensino-pesquisa.

Em 1974, quarenta e uma instituições dedicavam-se no país ao ensino de enfermagem, em

nível de graduação, oferecendo um total de cerca de duas mil vagas anuais. No ano seguinte, o Departamento de Assuntos Universitários do MEC, frente à política de expansão do ensino, que atribuía prioridade àquelas carreiras de mais fácil absorção pelo mercado de trabalho, solicitou a assessoria de três educadoras que, entre outras coisas, apontavam: o número insuficiente de enfermeiros para as necessidades da população, baseando-se nos seguintes pontos: os parâmetros adotados no Plano Decenal de Saúde para as Américas (OPAS/OMS, 1973); o pequeno crescimento da profissão na série histórica 1950/1973; a perspectiva de agravamento da inversão na proporção médico-enfermeira; a existência de apenas doze escolas de enfermagem federais, sendo que em algumas regiões, prioritárias para o desenvolvimento nacional, não existia nenhuma.

A partir de 1975, o MEC promoveu a criação de cursos de enfermagem em todas as Universidades Federais que não os tivessem, bem como a ampliação do número de vagas nos cursos já existentes. Assim em 1977 o número de cursos havia subido para sessenta e três e o de vagas para cerca de 2.600. Ao lado da expansão das escolas Universitárias Federais também foi incentivada a criação de cursos de graduação com outra subordinação administrativo-financeira, inclusive escolas particulares.

Pode-se dizer que a Reforma Universitária em 1968 melhor integrou a enfermagem na Universidade. No entanto, por outro lado, a massificação do ensino, ocorrida em grande parte por conta do crescimento do Setor Privado, aliada à perda do poder aquisitivo que o trabalho qualificado podia oferecer, determinou uma perda progressiva de status pelas profissões de nível superior. Essa desvalorização se reflete especialmente na política de cargos e salários.

Assim como no início da década passada o CFE, com a assessoria da ABEn estabelecia um Currículo Mínimo adequado às exigências de um complexo médico-industrial em expansão na época, ao final da década ficou evidente a inadequação daquele currículo, às novas políticas de governo, no caso aos dos serviços básicos de saúde. Assim é que, no início da atual década, a Comissão de Especialista para o Ensino da Enfermagem, ligada à Secretaria do Ensino Superior do MEC elaborou um estudo preliminar, com vistas à reformulação do Currículo Mínimo, direcionando-o à formação de um enfermeiro generalista. Este estudo, previamente divulgado a todos os cursos de graduação de enfermagem foi amplamente discutido no II Encontro Brasileiro de Educação em Enfermagem, promovido pela ABEE e realizado em Salvador em 1980. “Os grupos acreditaram que a proposta do SESU/MEC parece ser bastante renovadora e, de uma certa forma, desafiante — e assim considera de fundamental importância a re-análise mais detalhada possível desta proposta, para que haja uma maior consciência das mudanças necessárias”. No entanto, a CEEE, ainda

em 1980, e a ABEE dois anos depois, foram desativadas e aquele estudo parece ter caído no esquecimento. Recentemente foi recriada pela quarta vez a CEEE, que re-iniciou os estudos sobre o Currículo Mínimo de Enfermagem.

Com a criação de nove Cursos de Mestrado, entre 1972 e 1978, a pesquisa de enfermagem, até então incipiente, ganha novo impulso. Não obstante, a produção científica desses Cursos, polarizou-se na elaboração das teses e vem tendo af sua maior utilidade, quer seja para a obtenção do almejado grau de Mestre, quer seja servindo de referência para outras teses. O Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem vem procurando facilitar a utilização desse material, organizando um Banco de Teses e editando a partir de 1979, catálogos dessa produção científica. Entretanto, esses trabalhos vêm sendo escassamente aproveitados, mesmo no ensino do pós-graduação e sua penetração nos cursos de graduação é ainda mais problemática. Também se tem questionado a contribuição dessa produção científica para o encaminhamento das questões de enfermagem, visto que o centro de interesse desses trabalhos vem sendo muito mais os aspectos internos da prática profissional, enquanto prática técnica, do que seus aspectos externos, isto é, enquanto prática social.

No entanto em torno dos anos 80 vêm surgindo no âmbito da Universidade, estudos sobre as relações de enfermagem como estrutura social.

A criação, a partir de 1986 da coleção editorial 'Enfermagem e Sociedade', já com seis títulos publicados, sem dúvida veio facilitar a difusão desse conhecimento.

As habilitações de 2.º grau em enfermagem correspondem ao técnico de enfermagem como habilitação plena e o auxiliar de enfermagem como habilitação curta. Ainda é permitida a formação do auxiliar de enfermagem em nível de 1.º grau, em regiões de condições precárias de desenvolvimento.

A oferta de exames de suplência para técnicos e auxiliares de enfermagem tornou-se comum, a partir da década de 70. Mais tarde foram suspensos esses exames para o nível técnico. No entanto, cerca de 80% dos técnicos e dos auxiliares concluíram o curso regular.

Quanto aos atendentes, que correspondem a quase 200 mil, mais de 60% da força de trabalho em enfermagem, cerca de 40% não concluíram o 1.º grau, embora quase 70% tenham concluído o curso de atendente. 10% não tem nenhum dos dois tipos de preparo.

A Reforma Universitária foi acompanhada por uma reformulação do modelo do ensino secundário.

Com a Lei 5962/71, foi criada uma escola única de 1.º e 2.º graus. O 1.º grau foi formado pela junção dos antigos cursos primários e ginásial num só curso fundamental de 8 anos, obrigatório para a faixa etária de 7 a 14 anos. Seus objetivos são, além da edu-

cação geral, a sondagem vocacional e a iniciação para o trabalho.

O Segundo grau, correspondente ao antigo Colégio, via à habilitação profissional de grau médio. As habilitações de 2.º grau que o ensino brasileiro passa a oferecer são na verdade de dois níveis: a do técnico e a do geralmente denominada de Auxiliar.

Essa reformulação atendia à necessidade de aumentar o número de cursos profissionalizantes, a fim de tentar desviar os jovens para o mercado de trabalho. Mais tarde passou-se a priorizar a preparação de pessoal do nível técnico e auxiliar pela via supletiva.

3 O PROCESSO DE UNIFICAÇÃO DO SETOR SAÚDE

Nos últimos dez anos, a criação do Sistema Nacional de Saúde e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Médica assinalou o processo de unificação do Setor Saúde no nível federal. Neste sentido, a partir de 1978 surgem propostas de substituição do insustentável modelo de assistência médico-hospitalar vigente. A mais recente tentativa de articulação dos Ministérios da Saúde e Previdência com as Secretarias Estaduais de Saúde está consubstanciada no documento das AIS (Ações Integradas de Saúde), que, em 1984, veio dar expressão operacional ao Plano do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária). O Programa das AIS nasceu como um programa constitucional do INAMPS e passou a ser assumido pelos demais Ministérios e Secretarias de Saúde dos Estados como estratégia comum.

Essas propostas viabilizariam o compromisso assumido pelo governo brasileiro com as agências internacionais de Saúde, de adotar a estratégia dos "cuidados primários de saúde" para a consecução da meta "Saúde para todos no ano 2000" (SPT 2000). Esta meta exprime a nova posição das agências internacionais de desenvolvimento, de que a erradicação da pobreza do mundo é necessária à segurança dos países ricos. Na verdade, o Terceiro Mundo, onde a pobreza absoluta atinge 800 milhões de pessoas, já não se satisfaz com as explicações de que as causas de seus problemas são o excesso de gente e a escassez de tecnologia. Percebe agora o problema mais como estrutural do que conjuntural. Entende portanto que seu equacionamento requer uma Nova Ordem Econômica Internacional, com uma distribuição mais justa dos recursos mundiais. Por outro lado, aquelas agências entendem que a melhoria da situação dos países pobres é também do interesse do mundo desenvolvido, pois significará a expansão dos mercados consumidores de seus produtos. Este argumento no entanto não é facilmente aceito pelos países industrializados que relutam em abrir mão de privilégios há tanto tempo usufruídos.

No que importa mais de perto ao Setor Saúde é necessário que as políticas governamentais contemplem os cuidados básicos de saúde como parte integrante de um verdadeiro processo de desenvolvimento social. Até porque essa estratégia comporta uma utilização para fins de controle social, na medida em que seja adotada uma postura mais ou menos autoritária, tecnológica e auto-suficiente. Pois ela também se poderia prestar ao mero propósito de fomentar a distribuição de medicamentos e artigos afins a populações até agora à margem desse consumo. E até seria uma estratégia adequada à efetivação de uma política de controle populacional. Pois o fato é que, ao se estender uma rede nacional de serviços, disseminadora de informações e distribuidora de bens de consumo, se pode usá-la para todos os fins, dependendo da ideologia a que serve a política adotada.

As características do modelo de AIS são favoráveis à atuação do pessoal de enfermagem: o cuidado integral à saúde, o uso de tecnologias apropriadas ao auto-cuidado, a análise global das situações como base para a orientação da clientela e o trabalho integrado de profissionais de saúde, clientes e grupos da comunidade, são aspectos altamente positivos ao desenvolvimento da assistência de enfermagem.

Apesar dessa afinidade, no Brasil as tentativas governamentais de implementação dessa política até agora não consideraram devidamente a contribuição do pessoal de enfermagem na prestação de cuidados básicos. Em vez disso, foi instituída uma nova categoria, o 'agente de Saúde' que geralmente, embora treinado por enfermeiros, não recebe supervisão de enfermagem. Essa exclusão não se deu sem o protesto das entidades representativas da enfermagem. Desde 1978 reiteradamente vem sendo reivindicado um espaço nos programas de expansão de cobertura, que possibilite uma participação efetiva da enfermagem na prestação direta de cuidados às populações.

Em 1986, ano marcado por novas formas de enfrentamento dos problemas nacionais, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou mais de 4 mil pessoas de todo o país, entre representantes da sociedade civil, das instituições e dos profissionais de saúde. Como resultado do processo de discussão ocorrido, saiu vitoriosa a tese de uma Reforma Sanitária. Predominou a opinião favorável à criação de um Sistema Único de Saúde, que contemple uma progressiva estatização do Setor e a universalização do atendimento, decorrentes do reconhecimento da Saúde como direito de cidadania.

Também foram objeto de recomendações: a separação da 'Saúde' da 'Previdência', ficando esta encarregada das ações próprias do 'seguro social'; que o financiamento do Setor Saúde seja de responsabilidade do Estado, para o que se faz necessária uma Reforma Fiscal e Tributária que permita o for-

talecimento dos Estados e Municípios; que a participação do setor privado se dê sob a forma de concessão de serviço público, ficando esse setor subordinado ao papel diretivo da ação estatal, que deverá exercer um controle efetivo sobre essa rede de serviços; que a participação da população se faça através de suas entidades representativas na formulação das políticas de saúde, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde.

Em setembro do mesmo ano foi instalada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária formada por vinte e quatro membros, sendo a metade de seus integrantes representantes do governo e a outra metade da sociedade civil, inclusive dos serviços privados de saúde, para elaborar proposta para o componente Saúde da nova Constituição Brasileira que contemple um novo modelo de sistema de Saúde unificado e descentralizado.

No mesmo mês de setembro realizou-se o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira da Saúde Coletiva (ABRASCO), que reuniu no Rio de Janeiro profissionais da área que reafirmaram sua unidade em torno das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde; elaboraram estratégias para a implementação das transformações necessárias à implantação da Reforma Sanitária; declararam seu apoio à estratégia das AIS, entendida como um passo na valorização do setor público, bem como seu apoio à Comissão Nacional de Reforma Sanitária e seu engajamento no processo constitucional. Para tanto propuseram a construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política, capaz de viabilizar as mudanças requeridas, comprometendo desde então os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária.

A partir de então, realizaram-se, em uma perspectiva de continuidade da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Conferência Nacional de Recursos Humanos, a Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, a Conferência Nacional do Consumidor, a Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em 1987, com a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, ampliou-se o espaço de luta entre as forças sociais, pela definição de uma nova ordem jurídica e institucional.

A Carta Constitucional deverá fixar em linhas gerais os objetivos que se pretenderá alcançar com o projeto de Reforma Sanitária. O processo Constituinte é portanto fundamental para o estabelecimento das bases sobre as quais se apoiará aquela Reforma.

De modo a fornecer o debate em torno do processo de elaboração do novo texto constitucional, as entidades representativas da sociedade civil vêm se mobilizando.

A Comissão de Políticas de Saúde da ABRASCO vem desenvolvendo uma análise da conjuntura do se-

tor, incluindo a discussão das propostas relativas ao Capítulo Saúde para a nova Constituição.

Nesse sentido, em maio p.p. realizou-se em Brasília uma Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, reunindo 44 entidades nacionais e estaduais, entre as quais a ABEn e os Sindicatos de Enfermeiros do Distrito Federal e de Goiás, que assinaram um manifesto reiterando sua posição a favor das propostas da 8.^a Conferência Nacional de Saúde e de sua inclusão no texto da futura Constituição.

O anteprojeto da Reforma Sanitária a ser submetido ao plenário da Constituinte foi elaborado pela Sub-Comissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente, que terminou seu trabalho em maio e o entregou à Comissão da Ordem Social.

Na perspectiva da Reforma Sanitária, e no que se refere especificamente à assistência de enfermagem, são necessárias à sua adequação as seguintes medidas de ordem legal:

- reconhecimento da autonomia profissional do enfermeiro no processo de planejamento da assistência de enfermagem, o que nos foi negado pela nova Lei do Exercício Profissional (7498/86);
- estabelecimento de plano de carreira no serviço público federal que complete mecanismos de ascensão funcional e ingresso via concurso público;
- estabilidade no emprego e isonomia salarial entre as categorias profissionais de 1.^o, 2.^o e 3.^o graus, em todas as instâncias da administração pública;
- revisão dos currículos de enfermagem, em todos os níveis.

Essas medidas viabilizariam uma melhor ocupação do Setor Saúde pela enfermagem, mediante uma ação mais eficaz do conjunto das categorias envolvidas nesta prática e uma participação mais efetiva no planejamento, execução e supervisão dos programas de saúde.

4 A PRÁTICA PROFISSIONAL

Hoje, pelo menos quatro categorias, que englobam um contingente de quase 400 mil trabalhadores, com diversos níveis de formação, exercem a enfermagem. Esse contingente representa cerca de metade de toda a força de trabalho em saúde. No entanto, a profissão é ainda mal compreendida e até desvalorizada entre nós. E isto porque o público desconhece, por não haver experimentado, o que é uma boa assistência de enfermagem.

A face do problema que geralmente é percebida pelos consumidores dos serviços de enfermagem é que os padrões assistenciais são insatisfatórios em quantidade e em qualidade. E é a partir desta constatação que é avaliada a profissão.

Mas à medida em que se examina o problema mais de perto, se pode constatar também que os padrões de desempenho do pessoal de enfermagem vêm

sendo comprometidos por problemas de várias naturezas. Além daqueles ligados diretamente ao preparo para o trabalho, existem outros, de caráter mais geral, mas que por isso não são menos importantes. Estes estão radicados em falhas das estruturas organizacionais ou no seu funcionamento, nas insatisfações sociais, na deteriorização das condições de vida e de trabalho e na vigência de modelos pouco participativos dentro das instituições.

Aproximando-nos ainda mais da questão, vemos que essa assistência de enfermagem, mesmo que insatisfatória, ainda se faz às custas do bem estar do pessoal de enfermagem.

A enfermagem é exercida por um grande número de mulheres que são também donas de casa e assim estão duplamente sujeitas às especificidades do trabalho das mulheres. Ainda mais porque o trabalho de enfermagem guarda, de várias maneiras, muitas semelhanças e pontos em comum com o trabalho doméstico; esses trabalhos se caracterizam como altamente geradores de stress devido a vários fatores:

- desvalorização do trabalho e retribuição injusta, quer seja em termos financeiros, que levam a adoção de "estratégias de sobrevivência" (horas adicionais de trabalho, venda de mercadorias em coletividades de estudo ou trabalho). A consequência é a de que o número de horas diárias que excedem a jornada de trabalho, excluindo o tempo gasto com transportes, é insuficiente para o sono, o repouso, o cuidado pessoal, o lazer e o desenvolvimento cultural e geral um sentimento de insegurança quanto à capacidade de manutenção da família, que se tornando constante se transforma em ansiedade;
- falta de autonomia: as decisões sobre o que fazer e como fazer são tomadas por quem tem o poder de manipular o dinheiro, determinar ou autorizar providências que implicam em gastos, modificar ou suspender tais atividades e responsabilizar-se até às últimas consequências pela direção dos acontecimentos. Em contrapartida, o controle social é feito em grande parte mediante uma estratégia de "dominação pela docilidade" que se refere aos estímulos afetivos, aos incentivos morais, ao relaxamento na cobrança de transgressões à ordem e ao consentimento tácito para o descumprimento de obrigações. Essa condição de submissão gera ressentimentos, agressividade reprimida e angústia, que levam à autopunição, em parte pela via de somatização;
- ambiente físico mal planejado e mal equipado, carente de recursos tecnológicos específicos e falta de apoio logístico necessário a um desempenho eficiente, o que acarreta o desperdício de tempo e de energias e desorganiza os horários de refeições, descanso e higiene, desvinculando-os da satisfação de necessidade psico-afetivas, o que pode acarretar alterações do apetite, problemas di-

- gestivos, dores de cabeça e hipertensão arterial;
- manipulação pela indústria e pelo comércio, que a transforma em agente favorecedor de um recente consumo de materiais e de tecnologias, que nem sempre aumentam a eficácia de suas ações, que nem sempre são economicamente acessíveis ao orçamento existente e que às vezes criam um sentimento de frustração pelo não consumo de uma mercadoria artificialmente tornada necessária;
- atuação sob tensão devido à multilicitude de tarefas superpostas e repetitivas, que exigem atenção constante e movimentos delicados e durante as quais deve atender a solicitações múltiplas e inesperadas; mediação de crises relacionadas a estados de saúde, desequilíbrios emocionais e conflitos pessoais, o que leva à irritabilidade, perda de capacidade de concentração e lentidão dos reflexos;
- mudanças bruscas de temperatura ao lidar intercaladamente com aparelhos que geral frio ou calor e ao movimentar-se de um para outro ambiente com temperaturas muito diferentes, o que predispõe a infecções respiratórias e problemas articulares e musculares; postura de pé semi-estacionária e esforço muscular excessivo, que acarretam varizes, dores musculares e lombares e fadiga;
- trabalhos manuais que envolvem riscos de agravos à saúde como; operar aparelhos e instrumentos que oferecem riscos de acidentes; molhar as mãos constantemente e manipular substâncias químicas e biológicas com perigo de queimaduras, intoxicações e alergias de contato ou respiratórias; expor-se ao ar contaminado e manipular substâncias e objetos contaminados, com risco de infecções locais ou sistêmicas.
- integração insatisfatória no grupo de convívio e as incongruências entre expectativas e realidades vivenciadas, aliadas à falta de oportunidades de educação permanente e à falta de reconhecimento social distanciam as perspectivas da realização pessoal, levando à desesperança e à depressão de toda energia ativa e criadora.

Por outro lado, a imagem de uma profissão em que se encontrará trabalho árduo e muitas frustrações, devidas à impossibilidade de atuar de acordo com padrões adequados e às condições de vida insatisfatórias, é profundamente prejudicial à enfermagem. Na verdade, a prática da enfermagem não tem sido exercida entre nós em toda sua extensão. Aqueles cuidados de enfermagem que justamente configuram o âmbito de atuação autônoma da enfermagem têm sido prestados de modo eventual ou não têm sido prestados de todo.

Nos cenários da prática, a divisão do trabalho entre os participantes da equipe de enfermagem constitui um grave problema. A delegação quase total do cuidado direto ao pessoal auxiliar talvez seja maior causa de insatisfação na equipe de enfermagem. Isto

ocorre devido a uma conjugação de fatores. Alguns desses fatores sempre foram evidente; outros só mais recentemente vêm sendo identificados.

Inicialmente explica-se o fato apenas pelo pequeno número de enfermeiros existentes no país. Quando surgiu o fenômeno de desemprego da categoria em quase todos os Estados, ficou evidente que a insuficiência numérica desses profissionais nos serviços de saúde não se deve apenas à escassez da oferta no mercado de trabalho. Contribui para esta situação, o sistema de incentivos dos serviços de saúde, que está voltado para as funções administrativas, o que encoraja os enfermeiros a buscar competência na área administrativa e não na assistencial. Assim a enfermeira, apesar de assalariada e mesmo quando mal remunerada, muitas vezes identifica-se com os interesses da organização e passa a desempenhar um papel de gerente de recursos humanos e materiais, ao invés de atuar diretamente na assistência, dando cobertura às situações de enfermagem de maior complexidade, como agente altamente qualificado que é. Esta situação põe o enfermeiro em risco de se marginalizar na equipe de saúde, podendo levar a que os demais profissionais passem a se articular preferencialmente com as categorias que efetivamente prestam os cuidados de enfermagem.

Ao contrário, como vimos, a concentração de enfermeiros no âmbito das funções administrativas vai de encontro aos interesses da organização, pois os mantém como controladores do pessoal de enfermagem e da circulação de mercadorias.

A saída para esta situação desalentadora é a conquista, pelos exercentes da enfermagem, do controle sobre sua prática. Isto se traduz pela capacidade de influir decisivamente na definição das atividades de enfermagem e nas condições em que se deve desenvolver o trabalho de enfermagem.

A nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei n.º 7498/86), foi finalmente aprovada depois de onze anos de luta. Entretanto do seu texto não pôde constar o Artigo 10.º, referente justamente à autonomia profissional.

A luta pelo espaço da enfermagem nos programas de saúde é a luta contra a polarização médico-atendente de enfermagem, que convém apenas ao interesse de barateamento dos custos. Neste caso “o trabalho passa a se dar com base na gerência técnico-administrativa de certos profissionais de nível superior, que cumprem funções de maior complexidade, ao mesmo tempo que controlam, pela prescrição de normas e supervisão, o desempenho de agentes subalternos. Neste particular, é interessante estudar a distribuição da força de trabalho em saúde no Brasil. Ressalta (...) a grande polarização desse espectro de profissionais: a maciça presença tanto da categoria mais qualificada, os médicos, compondo 18% do total, quanto da menos qualificada, os atendentes, com instrução elementar, representando 22%. Esta polarização nada mais é do que a

expressão, em termos de estatística de força de trabalho, de uma aplicação, extremamente ortodoxa, do princípio de redistribuição e integração de tarefas, de tal modo que a qualidade dos serviços finais prestados às pessoas não é levada em consideração” (NOGUEIRA, 1983).

Vale lembrar que em 1983, o número de enfermeiras ainda era maior do que o de técnicos de enfermagem, mas o número de auxiliares de enfermagem era duas vezes maior do que o de enfermeiros e três vezes maior do que o de técnicos de enfermagem. E o número de atendentes era três vezes maior do que o de auxiliares de enfermagem, correspondendo a quase dois terços do total da força de trabalho de enfermagem no país.

“Aos atendentes cabe uma quantidade expressiva de funções, umas realmente simples, mas outras que requerem perícia e certo senso crítico, mas para as quais eles não têm preparo adequado, seja no tocante aos aspectos da educação geral, seja na capacitação propriamente profissionalizante” (NOGUEIRA, 1983). Nos programas de saúde coletiva, onde está racionalidade está ideologicamente encoberta sob o rótulo de “delegação de funções”, criou-se a figura do agente de saúde, que muitas vezes nem está integrado à força de trabalho, atuando na categoria de “voluntário”, mas na verdade esperando uma brecha para ingressar nos quadros dos serviços de saúde.

Cabe então uma indagação sobre o futuro desta profissão, de que todos necessitam, mas que ainda não logrou obter o reconhecimento e a valorização da sociedade em que se insere.

No decorrer dos últimos anos, com o favor dos ventos do processo de abertura política do país, iniciamos uma travessia. De uma concepção de enfermagem como uma prática apenas técnica e portanto neutra, chegamos a uma melhor percepção da enfermagem como prática socialmente determinada. Há um movimento de revalorização dos estudos sobre o desenvolvimento histórico da enfermagem, agora relacionados à estrutura econômica e social. Assim descobrimos o mundo do trabalho. Descobrimos que o trabalhar em enfermagem, determina, ao mesmo tempo, o modo como nos relacionamos com as pessoas e o espaço social que ocupamos.

A força das tendências aqui analisadas dependerá do desenvolvimento de uma atitude de solidariedade entre as categorias de enfermagem, e destas com os demais trabalhadores da saúde. E também das mulheres que trabalham em enfermagem com todas as mulheres que lutam pelo reconhecimento de seus direitos.

Não obstante, sendo a enfermagem uma das práticas de saúde, a solução de sua crise depende de uma saída para a crise da saúde. E esta, por sua vez, dependerá dos rumos que tomar a vida nacional. Não obstante, as transformações geradas pela crise que vivemos só podem ensejar uma maior participação da enfermagem, na medida em que ela estiver engajada na dinâmica dos processos sociais.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, MCP & ROCHA, S.M.M. *Contribuição da ABEn na Construção do Saber de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 1986. mimeogr.
- 2 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Declaração final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Boletim ABRASCO*, 5 (19), jul/set. 1986.
- 3 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Editorial. *Informativo ABEn*, Brasília, 29 (1), fev/mar. 1987.
- 4 BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. *Desenvolvimento do ensino superior de enfermagem no Brasil*. Brasília, 1979.
- 5 ————. Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem. *Anteprojeto de Currículo Mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia*. Brasília, 1968.
- 6 CASTRO, I.B. *O trabalho do enfermeiro no contexto social: dilemas e tendências*. trabalho apresentado na Jornada de Enfermagem, Reunião Anual da SBPC, 36. Belo Horizonte, 1968. mimeogr.
- 7 CASTRO, I.B. & ALMEIDA, M.C.P. La investigación en enfermería como instrumento de cambio en la práctica y en la formación de recursos humanos. *Educ. Med. Salud*. 19 (3), 1985.
- 8 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Força de Trabalho em Enfermagem*. Rio de Janeiro, 1985. V.1 e 2.
- 9 DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E AOS AMBIENTES DE TRABALHO (DIESAT). *Constituinte e Saúde. Trabalho e Saúde*. São Paulo, 6(11), jan/mar. 1986.
- 10 FERNANDES, J.D. A enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. *Rev. Bras. Enf. Brasília*, 38(1): 43-48, jan/mar. 1985.
- 11 NOGUEIRA, R.P. *A força de trabalho em saúde: tendências e problemas*. Fundação Getúlio Vargas. *Rev. Adm. Públ.* 17(3): 61-70, jul/set. 1983.
- 12 POSSAS, C. *Constituinte e Reforma Sanitária, Símula*. v. 4, Rio de Janeiro, FIOCRUZ. Ano IV, Dez. 1986.
- 13 PROPOSTA. *Jornal da Reforma Sanitária*. v. 1, n 1/3. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1987.
- 14 ROMANELI, O.O. *História da Educação no Brasil (1930-1973)*; 9 ed., Vozes, Petrópolis, 1987.