A PRODUÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA ATUAL CONJUNTURA DE SAÚDE – CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE

Alzirene Nunes de Carvalho*
Francisca Valda Silva de Oliveira**

RESUMO – A produção do serviço de enfermagem é parte da produção geral de saúde no país, que por sua vez se articula com os interesses econômicos do presente estágio de desenvolvimento do Capital Monopolista de Estado no Brasil. A produção de saúde se dá em menor escala na rede de serviços públicos de responsabilidade do Estado e, majoritariamente, na rede de serviços público-privados, administrada e sustentada pelo sistema de seguro social do Ministério da Previdência que tem implementado política de privilegiamento do setor privado, principalmente a partir da década de 60. Assim sendo, a nossa produção é determinada, historicamente, por múltiplos fatores econômicos, políticos, técnicos, ideológicos, éticos e culturais, os quais imprimem uma certa qualidade ao produto final do nosso processo de trabalho, ou seja, a assistência de enfermagem que estamos prestando à população, que independe da qualidade defendida pelos profissionais e pela população. Não podemos, portanto, falar em autonomia plena de serviço de enfermagem, de vez que o mesmo não é determinado por leis próprias e internas à categoria, mas, sim, em autonomia relativa, no campo do conhecimento técnico que coube à enfermagem, na divisão social do trabalho em saúde, no estabelecimento de prioridades de atuação e decisões administrativas que estão afetas a este serviço.

ABSTRACT – The service of a nurse is part of the general production of health in this country, which in turn, is linked to the present economical interest of the current growth of the monopolistic capital status in Brazil. Health production is on one of the lowest levels of public services responsible to the state and, increasingly, in the public – private services, administrated and sustained by the social services of the ministry of provisions who had implemented a privileged policy in the private sector, in the early 1960's. In this case our work is determined, historically, by multi-economic factors, politicians, technicians, idealists, ethics and cultures whom impress a certain quality on the final product of our work, or rather, the nursing assistance that we are affording the population who depend on the quality protected by the professionals and public alike. We can not, however, talk of absolute autonomy within the nursing services at a time when there are no specific laws in this area. Which includes nursing, the social divisions of health an work in the establishment of priorities in decisions and actions which have an effect on this service.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como principal objetivo estudar a atual organização da produção de serviços de enfermagem, como parte da produção geral de saúde que se estruturou no Brasil, articulada ao processo de produção material, de vez que as transformações econômicas que aconteceram na sociedade brasileira, penetraram nas políticas sociais do Estado.

A saúde, em nossa sociedade, ocupa, estrategicamente, lugar de fundamental interesse para a atual fase do Capital Monopolista de Estado. Comentando a respeito, FALEIROS⁸ afirma que “as políticas sociais conduzidas hoje pelo Estado, representam um resultado da relação e do complexo de desenvolvimento das

forças produtivas e das forças sociais. Elas são o resultado da luta de classes e do mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais”.

É por esta razão que o Estado promove o processo de mercantilização dos serviços de saúde e do próprio homem, através da privatização dos serviços sociais. A partir daí, passa a realizar suas políticas sociais, através de uma série de intermediários, dentro de uma convivência harmônica entre o público e o privado, associado direta ou indiretamente às multinacionais.

É no interior deste processo de produção de saúde que pretendemos estudar a produção do serviço de

* Enfermeiro, Sanitarista do INAMPS/SUDS-RN

** Professor Assistente do Departamento de Enfermagem – CCS/UFRN

enfermagem.

Inicialmente apresentamos os principais modelos de prestação de serviços de saúde: Filantrópico/Paternalista, Serviço Público, Liberal e a produção de Empresa Social, procurando identificar como se dá a produção de enfermagem em cada um destes modelos.* Em segundo lugar, analisamos a situação atual da prestação de serviços de enfermagem nesta fase de "transição" do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS para o Sistema Único de Saúde – SUS.

No terceiro momento colocamos em discussão a questão da definição de parâmetros mínimos de quantidade e qualidade para a assistência de enfermagem que identifiquem um padrão de Modelo Assistencial para o nosso processo de produção de serviços.

Finalmente, apresentamos uma síntese de proposições em cima da temática estudada, que apontamos como subsídios para o devido aprofundamento do debate junto à categoria.

2 ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS PARA UMA ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/ENFERMAGEM

É nosso entendimento que saúde é o resultado das condições globais de existência das diversas classes sociais, que têm inserção diferenciadas no sistema produtivo, as quais são determinadas por instâncias sócio-econômicas, políticas e ideológicas. Por esta razão consideramos fundamental, na compreensão do processo saúde-doença, o estudo feito por MARX² sobre economia política em "O Capital" e a análise da Lei dos Pobres da Inglaterra (Poor Law de 1834) feita por ENGELS⁴.

A propósito, LUZ⁸ comenta que o processo de industrialização e, sobretudo, de urbanização que se acelera no Brasil, principalmente a partir das duas primeiras décadas deste século, modifica profundamente as condições de existência da população envolvida neste processo. A tendência verificada no Brasil e em outras formações sociais capitalistas de identificar condições de saúde com presença/ausência relativa de doenças na população, foi a forma concreta encontrada de não se questionar as condições globais de vida nestas sociedades.

Para BRAGA, PAULA¹ a constituição de um pensamento voltado para a saúde só acontece a partir dos neo-clássicos, que vão pensar este problema a partir das questões da atenção à saúde. Daí, a economia da saúde é utilizada para oportunizar um melhor aproveitamento dos recursos na promoção da saúde e no tratamento de doentes, para oferecer instrumentos capazes de avaliar a eficiência da organização dos serviços de saúde, tendo em vista melhorar a estrutura de organização dos mesmos.

Os neoclássicos compreendem a determinação do processo produtivo sobre a saúde, no entanto privilegiavam a análise e avaliação dos seus efeitos na atividade produtiva: sobre a saúde das pessoas, no desempenho da atividade econômica do País, na diminuição do tempo de trabalho, na produtividade, entre outros.

A visão neoclássica reduz a saúde a uma expressão contábil, de acordo com os interesses das sociedades regidas pelo lucro, procurando definir até o

gasto com atenção à saúde como um investimento capaz de apresentar um retorno, e não como consumo. Esta escola fundamenta uma leitura e uma política de saúde de caráter conservador que garante a lógica empresarial, a ampliação de lucros e a manutenção do "STATUS QUO".

Dessa forma, BRAGA & PAULA¹ demonstram que a análise neoclássica volta-se, prioritariamente, para o desempenho econômico e funcionamento das unidades prestadoras de saúde, e para os efeitos de tais serviços ou da eficiência do setor com um todo sobre a saúde da população e sua influência na atividade produtiva.

Por outro lado, a produção dos serviços de saúde, na concepção materialista histórica e dialética, é analisada em sua articulação com o processo geral de produção material, procurando apreender as complexas relações estruturais (econômicas) e supra-estruturais (jurídicas, políticas e ideológicas) que atravessam estas relações.

Na visão dialética, a saúde não deve se subordinar aos interesses econômicos do modo de produção capitalista, embora sofra influência das transformações que ocorrem neste processo de produção material, as quais penetram na saúde promovendo mudanças que, do ponto de vista dialético, se articulam, influenciando e sendo influenciadas pelas transformações sociais que se processam no interior da sociedade brasileira.

Com estas considerações concluímos que a prática de saúde/enfermagem, não pode ser reduzida a uma mera dimensão econômica, nem ser vista como simples objeto dos interesses conservadores do capitalismo, mas deve compreender a saúde como parte da sociedade e também como sujeito de suas transformações. Segundo QUEIROZ & EGRY¹³ "do mesmo tempo que as transformações da sociedade impõem mudanças na prática profissional, as transformações da prática profissional levam a mudanças sociais".

3 MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 A Produção Filantrópica/Paternalista – Regime de beneficência.

Este modelo de prestação de serviços, segundo FALEIROS⁵, era organizado e estruturado por associações de voluntários, grupos de ajuda mútua, instituições religiosas e associações beneficentes. A produção de serviços de saúde se dava de forma diferenciada, de acordo com a inserção social dos pacientes, através de hospitais de sociedades beneficentes, para determinados sócios, e de Santas-Casas, hospitais gerais, destinados aos enfermos miseráveis das camadas mais exploradas da população.

A forma paternalista voluntária era exercida quase exclusivamente como trabalho não remunerado e sustentada pelo capitalismo concorrencial, isto porque durante muito tempo foi a única forma de prestação de serviços, pois não havia hospitais governamentais; toda assistência era mantida com contribuições da iniciativa privada. Portanto, esta forma de produção não é pública nem privada, e sim, filantrópica/paternalista, em virtude da presença do setor privado no financiamento não ter fins lucrativos, sendo orientada pela ideologia da caridade cristã, o que concorria para que

os produtores diretos, e entre estes o pessoal de Enfermagem, responsáveis por estes serviços, transformassem sua prática num sacerdócio.

3.2 A Produção Liberal – Regime de Livre-concorrência.

Modelo de trabalho individual, artesanal e autônomo que consiste no livre contrato entre profissional e cliente, dentro do padrão liberal de produção de serviços de saúde. Era oferecida como alternativa à produção filantrópica e a produção de serviços públicos, em termos de assistência médica. Quando as transformações capitalistas se intensificam e se aprofundam penetrando até o nível das políticas sociais, cria um novo tipo de empresa social que destrói praticamente a produção filantrópica, assim como vai destruindo a forma liberal de serviços, como identificou DONNANGELO citada por BRAGA, PAULA¹: no caso da medicina liberal, vai se dando gradativamente "... a substituição da troca direta entre produtor e consumidor pela venda de força de trabalho no âmbito de um sistema de produção estatal e privado de serviços de saúde".

No caso da Enfermagem, a luta pelo trabalho liberal, para os enfermeiros, foi uma luta corporativa importante, por parte de um grande grupo da categoria que acreditava nesta forma de produção como estratégia para realizar a tão almejada autonomia e conquista de prestígio profissional. Foi reconhecida em Lei, em 1962, através da Emenda Montoro. Na verdade, nunca chegou a se concretizar, na prática, o trabalho liberal do enfermeiro, em virtude das transformações econômicas que estavam acontecendo na sociedade que impediram esse exercício. Segundo dados do COFEn/ABEn³ de 1983, apenas 0,5% da força de trabalho de Enfermagem exerce sua prática em clínicas de Enfermagem independentes. Pelos dados do Rio Grande do Norte, este trabalho autônomo do enfermeiro é associado a outras formas de trabalho assalariado.

3.3 A Produção de Serviços Públicos – Regime de Serviços Sociais/Estado

A preocupação governamental com o tratamento de doenças da população, ainda no período imperial, está associada à defesa de interesses econômicos do Estado Nacional, que a partir daí passa a assumir a manutenção de alguns hospitais gerais.

As primeiras políticas públicas de Higiene e Saúde emergem nas primeiras décadas de 20, com o objetivo de criar condições sanitárias mínimas indispensáveis, não só as relações com o exterior, como também facilitar a política de imigração que pretendia atrair mão-de-obra para a constituição do mercado capitalista. Segundo BRAGA & PAULA¹ "do ponto de vista do atendimento à saúde, o primeiro destes aspectos parecia ter, como problema crucial, o saneamento dos portos e núcleos urbanos, como Rio, São Paulo e Santos, vinculados aos segmentos comercial-financeiro do complexo exportador e do capital industrial nascente".

No bojo da crise da década de 20, do modelo exportador capitalista e do próprio Estado, surge a Reforma Carlos Chagas em 1923, pretendendo ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, através do recém criado Departamento Nacional de

Saúde Pública – DNSP. As unidades de saúde existentes até então, estavam vinculadas aos governos estaduais e se localizavam, principalmente, nas capitais e em algumas cidades do interior. O financiamento dessa rede era basicamente estadual, com pesquenas contribuições federais e filantrópicas. A rede de serviços a que nos referimos prestava assistência médica, materno-infantil, educação sanitária e higiene industrial, fiscalização de alimentos, de laboratórios e do exercício da medicina, e orientação alimentar.

Vale salientar que, a partir da criação do DNSP, começam a ocorrer mudanças significativas na Enfermagem. Institui-se a Escola de Enfermeiros, hoje Ana Neri, a qual, promove uma reorganização da prática da enfermagem e estrutura uma nova produção de serviços de caráter profissional.

Nesta mesma década surge o embrião do Serviço Social no Brasil, através da Lei Elói Chaves, em 1923, que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, e que vai organizar o sistema de benefícios para os trabalhadores e entre estes a assistência médica.

Até 1930 uma parte dos trabalhadores contava com benefícios oferecidos por algumas grandes empresas ou pelas CAPs, ficando uma grande maioria excluída de tais benefícios, tendo que recorrer à limitada produção de assistência médica oferecida pelos serviços públicos, ou então pagar pelos serviços produzidos, de forma autônoma, pelos profissionais liberais.

3.4 A Produção de Empresa Social – Regime do complexo sócio-estatal-empresarial.

Segundo BRAGA, PAULA¹, a formação de uma Política de Saúde com caráter nacional, é trabalhada no período que vai de 1930 a 1966. A partir de 30 instalam-se os aparelhos de Estado necessários a sua efetivação, em dois subsectores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O primeiro, ligado à saúde coletiva, será predominante até início da década de 60, permanecendo, em muitos traços fundamentais, com sua estrutura montada, até os nossos dias, mesmo de forma precária e decadente. Por outro lado, o setor de medicina previdenciária amplia-se, gradativamente, a partir do final da década de 50 e sobrepõe o de saúde pública, em termos de política estatal, a partir de 1966, formalizando, institucionalmente, uma tendência que já se configurava desde o começo da década de 60. Esta política de saúde que ensejou o crescimento da medicina previdenciária pela compra de serviços particulares, se dá numa fase em que se mantém agudos os problemas de saúde pública, produzindo, com o passar dos anos, uma acumulação dos graves problemas endêmicos e sociais que geram uma demanda ilimitada por assistência médica, tanto para o sistema previdenciário, como para o de saúde pública, que são incapazes de dar uma resposta satisfatória.

Esta forma de produção passa, hoje, por um processo de "mudanças", a partir das propostas racionalizadoras que começaram com o PREVSAÚDE, depois CONASP, as quais passaram a ser implementadas, experimentalmente, através das Ações Integradas de Saúde – AIS, passando pela complicada implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS que teria a responsabilidade histórica de organizar uma nova estrutura de serviços no processo de

construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esta estrutura de produção de serviços, comandada e financiada pelo sistema previdenciário, melhor dizendo, pelos trabalhadores brasileiros, cumpriu uma política, definida pelo Estado, em diferentes períodos históricos, voltado fundamentalmente para os interesses da acumulação capitalista, em detrimento dos interesses comuns da população em geral, da qual faz parte a classe trabalhadora, de onde provém a maior fonte da receita da previdência social. Capital e Estado se associam e o contribuinte passa a ser o menor beneficiado.

O sistema previdenciário teve esta orgiem e desdobramentos, em parte, pela fragilidade política dos trabalhadores, impossibilitados historicamente que foram de, como classe, formular e impor uma Política Nacional de Saúde que atendessem a seus interesses comuns.

As dificuldades, deste momento, para avançar o processo de construção de uma nova estrutura de produção de serviços de enfermagem/saúde, dentro de um Sistema Único de Saúde que implemente uma nova relação entre o Estado eo Setor Privado, se deve, em grande parte, à desigual correlação de forças, na luta entre o segmento que defende os interesses da saúde da população. A defesa dos serviços públicos de saúde passa pela mobilização e pela luta organizada da classe trabalhadora, dos profissionais de saúde e da população em geral.

4 ANÁLISE DA PRODUÇÃO ATUAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A atual produção dos serviços de enfermagem/saúde é organizada por uma Política e Plano Nacional de Saúde em “processo de mudanças” que é o resultado do complexo desenvolvimento das forças produtivas e das classes sociais de nossa sociedade.

Entre os fatores que influenciam nesta produção podem ser relacionados os de ordem econômica, política, técnica, ideológica, ética e cultural:

Econômicos – a estrutura estatista/privatista detentora dos meios de produção, organizada e gerenciada a partir da lógica empresarial da diminuição de custos (corte de verbas de custeio e manutenção de material e bens, pesquisa, pessoal. . .etc) e do estabelecimento de metas cronológicas, de cobertura populacional e geográfica, estimula a produção quantitativa de serviços sem a correspondente preocupação com a qualidade. Isto reflete na prestação do serviço de Enfermagem nos mais variados aspectos, alguns dos quais destacamos:

A produção do serviço de Enfermagem se dá através de força de trabalho, cuja composição, segundo dados do COFEN/ABEn – 1983³, é a seguinte:

NO BRASIL		NO NORDESTE	
Enfermeiro	– 8,5%	–	8,8%
Técnico	– 6,6%	–	5,3%
Auxiliar	– 21%	–	18,1%
Atendente	– 63,5%	–	67,9%

Como podemos observar é grande o percentual de mão-de-obra desqualificada no Brasil, sendo que no Nordeste, esse percentual ainda é maior. Apenas 36,2% do total dessa força de trabalho possui qualifi-

cação formal.

Por outro lado, a referida produção é maior na assistência hospitalar, concentrando-se na parte curativa, portanto, sintonizada com a política de saúde.

De acordo com a fonte citada, a distribuição do pessoal de Enfermagem, por tipo de estabelecimento, é a seguinte: Hospital 70,4%; Para-hospitalar 27,9%; Ensino 1,4%, Nível Central 0,2% e Clínicas de Enfermagem independentes 0,05%.

Na rede hospitalar, a produção de serviços de Enfermagem é maior no setor privado que, sozinho, controla 87,7% dos hospitais do Brasil e 74% dos hospitais no Nordeste; e, em termos de leitos representa 80,4% do total de leitos do Brasil e 74,7% dos leitos do Nordeste que são oferecidos à população, o que significa dizer que, apenas 12,3% e 26% dos hospitais e 19,6% e 25,3% dos leitos do Brasil e Nordeste, respectivamente, são públicos.

Os produtores diretos de Enfermagem, como exercem seu trabalho através da venda de sua força de trabalho, não têm controle sobre a definição de critérios para a sua absorção no mercado, a qual se dá sem a adequada observância do critério da qualificação profissional que, certamente, tem reflexos na qualidade da assistência produzida. Assim, podemos observar que no setor privado – maior produtor de serviços, é onde o problema de absorção de pessoal de Enfermagem sem qualificação específica, é mais gritante, se comparado com o setor público, conforme mostra a pesquisa citada anteriormente. Isto se deve à preocupação das empresas de saúde em diminuir os custos com a compra de força de trabalho, reduzindo, em grande parte, no cômputo geral, os custos com o atendimento e aumentando os lucros. Enquanto a composição da força de trabalho nos hospitais públicos é de 12% de enfermeiros, 13,8% de técnicos, 29,7% de auxiliares e 44, 4% de atendentes de Enfermagem, nos hospitais privados, a composição é a seguinte: 4,1% de enfermeiros; 4,3% de técnicos, 18,9% de auxiliares e 72,6% de atendentes de Enfermagem, o que mostra a grande disparidade e desigualdade na distribuição entre o setor público e o privado.

Outro aspecto diz respeito à falta de parâmetros para mensuração e avaliação do volume da produção de serviço de Enfermagem, não com a preocupação de apenas quantificar os serviços prestados, mas como um dado considerado relevante para subsidiar o planejamento de uma prestação qualificada de serviço.

Por outro lado, para o cálculo de pessoal de Enfermagem, vêm sendo utilizadas fórmulas consideradas funcionalistas, baseadas no sistema de horas de cuidados de Enfermagem e, apesar disto, não são colocadas, efetivamente, em prática, pois os números encontram-se, sempre, aquém daqueles previstos pelas mesmas. Além disto outros parâmetros são recomendados pelo Ministério da Saúde, pela Organização Panamericana de Saúde, os quais consideramos inadequados à realidade que se pretende construir.

A propósito disto, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, através da comissão de serviço de enfermagem, coordena um processo de discussão, a nível nacional, visando a elaboração de parâmetros para cálculo de pessoal de Enfermagem, cujos primeiros resultados de alguns Estados apontam alguns aspectos que devem ser encarados como pressupostos para esse trabalho, como sejam: definição de um padrão de as-

sistência de Enfermagem, da composição da equipe de Enfermagem, da formação dos agentes, de estratégias para absorção adequada da força de trabalho, além do perfil epidemiológico, do rendimento profissional, do nível de assistência, etc.

Outras condições de trabalho são observadas, como ambientes insalubres, longas jornadas de trabalho, inadequados sistemas de promoção, baixos salários, disparidades salariais de um Estatuto para outro e entre categorias de saúde com o mesmo nível de escolaridade, salários pagos com bastante atraso, notadamente as chamadas gratificações instituídas a partir do SUDS, deficiência material, falta de estrutura física adequada para o trabalho, enfim são condições impostas pelos interesses capitalistas que dificultam e interferem na produção do serviço de Enfermagem.

Essa caótica situação nos leva à constatação da necessidade de elaboração de parâmetros de qualidade, que passa necessariamente, pela democratização dos serviços de saúde e da Enfermagem, pela organização dos trabalhadores, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços, pela qualificação profissional, além do rompimento com a estrutura privada de serviços de saúde.

Políticos — a atual política de produção de serviços não atende aos interesses do grande público. A proposta de construção de um Sistema Único de Saúde, incorporada na nova Constituição, enseja transformações profundas no Setor Saúde, que passam pela regulamentação do “novo” sistema de saúde. A referida proposta encontra-se ameaçada pela forma como está se dando a implantação do SUDS nos Estados e a elaboração da Lei Orgânica do SUS, pelas forças reacionárias e conservadoras, internas e externas às instituições públicas de saúde, que defendem o “STATUS QUO”, os interesses do grande capital e lutam pelo retrocesso do sistema em relação às conquistas sociais alcançadas com a 8ª **Conferência Nacional de Saúde**.

“Estas transformações passam, necessariamente, pela mudança na lógica de organização da produção de serviços de enfermagem/saúde — da busca incessante de lucro, para a preocupação permanente com o controle da qualidade da assistência, à qual todo cidadão tem direito. Assim como, fundamentalmente pelo rompimento da relação paternalista/parasitária entre o Estado e o setor privado no Brasil”.

É preciso acumular forças políticas entre os vários segmentos da sociedade, que compreendem e se comprometem com a necessidade social de mudanças para o setor, e assim, enfrentar o poder econômico e político desta minoria reacionária que só consegue ver seus privilégios e interesses mesquinhos. Nesse sentido, a luta pela defesa de um Sistema Único de Saúde, público e estatal, é exclusivamente dos profissionais de saúde e dos usuários que pleiteiam uma assistência que atenda aos interesses da maioria da população.

Técnicos — o conteúdo técnico-científico das diversas áreas de conhecimento da saúde: Enfermagem, Medicina, Farmácia, Odontologia. . . etc, tem relação com a estrutura social, daí ser constituído, tradicio-

nalmente, numa visão, essencialmente, biológica do processo saúde-doença e da prática correspondente. Este conteúdo é adequado ao atual estágio de desenvolvimento econômico e à política de saúde que define e organiza o processo de formação dos profissionais e a estrutura dos serviços, a partir do modelo hospitalar, de cuidado individualizado, que reduz quase totalmente a possibilidade de incorporar a dimensão social do processo saúde-doença.

Este modelo e seus resultados nas condições sanitárias da população passam a ser estudados, no Brasil, numa linha crítica, a partir da década de 70 e, de forma mais aprofundada, nesta década, como resposta a 4 grupos de fatos identificados por LAUREL citada por NUNES¹⁰ que são:

- a) Da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante;
- b) Do equívoco da suposição “desenvolvimentista” de que as condições de saúde coletiva melhorariam, como resultado automático do crescimento econômico;
- c) Da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou num avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela;
- d) Da noção de que a distribuição destes serviços entre os diferentes grupos e classes sociais — que está em relação inversa às necessidades de cada um — não depende de considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas.

A construção de um novo modelo de saúde que venha apresentar respostas aos problemas de saúde da população, requer a retomada da questão da saúde, pelos profissionais de saúde e dirigentes das instituições de saúde, a partir de marcos teóricos e metodológicos e de modelos de organização de serviços que devem romper com os usados até então. Isto representa um verdadeiro desafio técnico e político, pois passa necessariamente por uma decisão política de governo, da instituição e dos profissionais de saúde, o que é difícil, em virtude dos interesses antagônicos e contraditórios que convivem conflituosamente no seu interior.

A decisão de transformação no setor saúde, deve ser trabalhada de forma organizada, através da mobilização e luta que avance o processo e apresente as seguintes estratégias:

- a) elaboração coletiva de uma nova concepção sobre saúde/organização de serviços, através da construção de um objeto de estudo que dê conta do processo saúde-doença como fenômeno coletivo e “fato social”, por todas as profissões de saúde reconhecidas legalmente;
- b) institucionalização de um novo modelo de prestação de serviços públicos que contemple este novo paradigma teórico-metodológico de análise do processo saúde-doença e uma nova estrutura de assistência de enfermagem/saúde que garanta a integralidade de ações;
- c) construção coletiva de um novo conteúdo-técnico-científico e tecnológico que passe por uma reflexão crítica da atual prática e que questione a quem tem servido todo o conhecimento acumulado até então, e que defina uma nova forma de intervenção (Me-

todologia da assistência) da enfermagem no processo saúde-doença;

- d) reformulação profunda dos currículos e do ensino de graduação que orientam a formação dos profissionais de saúde de nível superior, assim como, do ensino de nível médio, de modo a comprometer o processo de formação com este movimento de mudanças;
- e) buscar formas operacionais que contribuam para uma produtiva articulação entre as instituições acadêmicas, os serviços de saúde e a sociedade.

Ideológicos, éticos e culturais – as dificuldades no processo de construção do SUS, ou seja, de um novo modelo de prestação de serviços, não se encontram apenas no plano econômico, político e técnico. Elas estão, também, no plano ideológico, na cultura institucional vigente no serviço público e na falta de um compromisso social e ético da maioria dos servidores com a saúde da população. É preciso romper com o chamado “pacto de mediocridade” no serviço público, através do compromisso dos profissionais de saúde e demais servidores, tanto com o trabalho, quanto com a luta para transformar as condições vigentes e, assim, participar do processo de construção de um Sistema Único de Saúde, público e estatal, que compreenda a qualificação dos serviços de saúde e a garantia dos mesmos, como um direito de cidadania e um dever do Estado.

Como se pode depreender a partir desta análise, a produção dos serviços de enfermagem é condicionada, historicamente, por múltiplos fatores que são determinantes neste processo, sendo que a maior parte deles são externos à sua própria prática.

Não se trata, portanto, de falarmos em autonomia plena da enfermagem, porque ela não é uma prática regida por leis próprias; mas sim, de se questionar o grau de autonomia da mesma em relação à totalidade social ou às partes e instâncias que o compõe.

Segundo GARCIA⁶ a resposta a estes questionamentos variam de acordo com as correntes existentes nas Ciências Sociais e as escolas filosóficas, idealistas ou materialistas, com as quais estas correntes se relacionam. É por esta razão que existem formas diferentes de se falar e conceituar autonomia, das quais daremos destaque a duas mais gerais: a tecnoburocrática e a técnico-política.

Técnico-burocrática – acredita na eficácia da competência técnica, com vistas a contribuir para o avanço tecnológico, para aumentar a produtividade do trabalho e para uma maior eficiência da organização dos serviços de enfermagem/saúde. Esta visão responsabiliza, individualmente, o enfermeiro pela conquista de autonomia profissional. Através dessa prática a estrutura da enfermagem fica atrelada ao “STATUS QUO”, ao poder econômico e político da indústria da saúde/instituições, o que a leva a permanecer, irremediavelmente, sem autonomia.

Técnico-política – acredita na prática de compromisso social e fundamenta-se na concepção que cabe ao Estado reassumir os bens públicos e adquirir novos que sejam necessários e suficientes para o adequado funcionamento dos serviços de enfermagem/saúde e para as condições de trabalho dos profissionais.

Esta proposta de autonomia parte de um Projeto para a Assistência de Enfermagem que deve se fun-

damentar nos seguintes pressupostos:

- a) a assistência de enfermagem é parte da assistência de saúde;
- b) a crise atual da enfermagem e seus agentes é reflexo do conflito desigual entre a força do poder hospitalar/empresarial/estatal e a falta de unidade e organização da categoria (enfermeiros, técnicos, auxiliares, visitantes sanitários e atendentes de enfermagem), para enfrentar: a desvalorização econômica e social do seu trabalho, a desqualificação da assistência de enfermagem, a inadequação do desenvolvimento científico e tecnológico da enfermagem, assim como, a utilização historicamente determinada, de enfermeiros, nas atividades de gerência, apoio, ensino etc; muitas vezes desarticuladas das atividades assistenciais;
- c) a enfermagem, como categoria, deve participar ativamente da luta por um Sistema Único de Saúde, realmente público e voltado para as necessidades de saúde da população.

A enfermagem, entendida neste projeto como prática social, exerceria sua relativa autonomia na definição de objetivos técnicos, científicos, administrativos, de ensino, pesquisa, etc., cabendo aos produtores da assistência de enfermagem, a partir do seu papel social, no gozo de uma “autonomia” técnico-científica, a definição de suas prioridades de trabalho e intervenção social, com independência das instituições/governo, mas em conjunto com representantes dos usuários; assim como prestar contas dos resultados de sua prática à população.

5 SÍNTESE DAS PROPOSIÇÕES

5.1 Estrutura da rede de serviços de saúde

O atual modelo de produção de serviço: de enfermagem/saúde é definido e organizado pelo consórcio Estado/Capital, que transforma as unidades de saúde públicas e/ou privadas em verdadeiras empresas que negociam com a doença como se fosse uma mercadoria qualquer. Esta situação leva o maior contribuinte deste sistema, ou seja, o trabalhador, a ser o menor beneficiado. Assim sendo, as mudanças necessárias à melhoria da qualidade da assistência de saúde à população passam:

- pelo rompimento das relações paternalistas e parasitárias entre o Estado e o setor privado de serviços de saúde;
- pela organização e participação efetiva da categoria na luta dos profissionais de saúde e da população em geral pela construção de um SUS, realmente comprometido com a proposta aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

5.2 Organização do serviço de enfermagem face ao SUS

A enfermagem, como categoria que representa mais de 50% dos profissionais de saúde, deve se organizar internamente e participar de forma ativa, competente e crítica da construção da nova estrutura de serviços de saúde e da própria organização do serviço de enfermagem nesta estrutura que deve garantir uma dinâmica maior na oferta e na qualidade desses serviços.

5.3 Parâmetros qualitativos e quantitativos para a assistência de Enfermagem:

5.3.1 Quantitativos

É importante a definição de alguns parâmetros, que deverão ser implementados, dialeticamente, através da lei da passagem de transformações quantitativas em qualitativas. A curto prazo propomos à categoria que sejam definidos:

- parâmetros para mensurar e avaliar o volume da produção do serviço de enfermagem;
- parâmetros para cálculo de pessoal de enfermagem.

5.3.2 Qualitativos

A definição de alguns parâmetros de qualidade com base em outra lógica de organização dos serviços, propõe o rompimento com a qualidade anterior e a produção de uma nova. Nesse sentido, propomos os seguintes parâmetros:

- Rendimentar coletivamente o conteúdo teórico-prático da assistência de enfermagem através do(a):

- aprimoramento técnico através da ampliação do processo de geração de conhecimento novo, pelos profissionais de serviço, escola e estudantes;
- democratização do conhecimento, no interior da equipe de enfermagem, em busca da superação da dicotomia entre o saber e o fazer;
- definição das prioridades de atuação, em conjunto a equipe de enfermagem e usuários do serviço.

- Buscar, permanentemente, a qualificação de toda a força de trabalho de enfermagem:

- nível de formação – articulação entre os três níveis de ensino: médio, graduação e pós-graduação;
- comprometimento com as necessidades de saúde da população;
- organizar esforço nacional pela profissionalização do atendente;
- definição de política de formação, nos três níveis de ensino e de absorção no mercado de trabalho;
- nível de capacitação – comprometimento da categoria com o aperfeiçoamento profissional e com a produção científica.
- Definir, coletivamente, estratégias que avancem

o processo de organização dos profissionais e usuários, a nível dos serviços de saúde, na defesa do serviço público de saúde e da melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 BRAGA, J.C.S., PAULA, S.G. *Saúde e Previdência – Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

2 BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista – a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

3 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: COFEN/ABEN, 1985.

4 ENGELS, F. “*The Condition of the Working classe in England*”, in: *On Britain*, Moscou, Foreign Languages Publishing House, 1962.

5 FALEIROS, U.P. *A Política Social do Estado Capitalista – As Funções da Previdência e da Assistência Sociais* – São Paulo: Cortez, 1985.

6 GARCIA, J.C. *Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde*. São Paulo: Global, Textos nº 3, 1983.

7 GERMANO, R.M. *Educação e Ideologia da Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1983.

8 LUZ, M.T. *Saúde e instituições médicas no Brasil* in: *Saúde e Medicina no Brasil*. Reinaldo Guimarães, organização, Rio de Janeiro: Graal, 1984.

9 MARX, K. *O Capital*. Rio de Janeiro: Colonização Brasileira, 1975.

10 NUNES, E.D. *Medicina Social – aspectos históricos e teóricos/introdução*. São Paulo: Graal, Textos nº 3, 1983.

11 OHLWEILER, O.A. *Materialismo Histórico e crise contemporânea*. Porto Alegre: Mercado aberto, 1984.

12 OLIVEIRA, J.A. *Mercado de trabalho para médicos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: CEBES, Saúde em debate nº 14, 1982.

13 QUEIROZ, V.M., EGRY, E.Y. *Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético*. São Paulo: 1988, mimeo.

14 VIEIRA, E. *Estado e Miséria Social no Brasil – de Getúlio a Geisel*. São Paulo: Cortez, 1983.