



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Schubert Backes, Vânia Marli; Martins, Sabrina Telma; Ferraz, Fabiane; Soares Schmidt, Sandra
Marcia; do Prado, Marta Lenise; Motta Lino, Mônica; Romagna Marcelino, Silvana
Competência dos enfermeiros em problematizar a realidade do serviço de saúde no contexto do
sistema único de saúde
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 16, núm. 4, outubro-dezembro, 2007, pp. 727-736
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416418>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**COMPETÊNCIA DOS ENFERMEIROS EM PROBLEMATIZAR A REALIDADE
DO SERVIÇO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NURSING COMPETENCE IN PROBLEMATIZING THE REALITY OF HEALTH SERVICES IN THE
CONTEXT OF THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM
LA COMPETENCIA DE LOS ENFERMEROS EN PROBLEMATIZAR LA REALIDAD DEL SERVICIO
DE SALUD DENTRO DEL CONTEXTO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD**

Vânia Marli Schubert Backes¹, Sabrina Telma Martins², Fabiane Ferraz³, Sandra Marcia Soares Schmidt⁴, Marta Lenise do Prado⁵, Mônica Motta Lino², Silvana Romagna Marcelino⁶

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN) do PEN/UFSC. Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Santa Catarina, Brasil.

² Enfermeira. Membro do EDEN/PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil.

³ Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do EDEN/PEN/UFSC. Bolsista CNPq. Santa Catarina, Brasil.

⁴ Mestre em Educação. Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, RS. Membro do EDEN/PEN/UFSC. Bolsista do Programa de Qualificação Profissional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Santa Catarina, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do PEN/UFSC. Vice-líder do EDEN/PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil.

⁶ Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Enfermeira da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina. Professora da Universidade do Sul de Santa Catarina. Membro do EDEN/PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Educação baseada em competências. Educação a distância. Pesquisa em avaliação de enfermagem.

RESUMO: Este estudo objetiva avaliar o impacto gerado no processo de trabalho dos Enfermeiros que participaram do curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem, referente à competência de problematizar a realidade do serviço de saúde em que está inserido face ao Sistema Único de Saúde. Realizou-se um estudo qualitativo, do tipo ex-post facto, com a amostra proposital de 32 enfermeiros de cinco Instituições Federais de Ensino Superior da Região Sul do Brasil. Os dados foram coletados por entrevistas, sendo a análise de conteúdo o procedimento analítico adotado. Os resultados apontam impacto significativo em relação à competência, visto que a relação entre Sistema Único de Saúde e o serviço de saúde ficaram mais claras, fato possibilitado pelo desenvolvimento dos processos de problematização e contextualização necessários para demarcar uma nova postura e forma de trabalhar coletivamente com profissionais, usuários e gestores, haja vista o desafio de reunir diferentes idéias, percepções e práticas.

KEYWORDS: Nursing. Competency-based education. Distance education. Nursing evaluation research.

ABSTRACT: The objective of this study is to evaluate the impact felt upon the work process of nurses who participate in the Specialization Course for Nursing Care Projects in relation to the competence of problematizing the reality of the health service currently seen in the Brazilian National Health Care System. It is a qualitative, ex-post fact study, carried out with 32 nurses from five Federal Institutions of Higher Learning in the south region of Brazil. Data were collected through interviews, using content analysis as the means adopted for data analysis. The results point to the positive impact in the development of competence, with most participants revealing that the relationship between the Brazilian National Health Care System and the health care services is much clearer as a result of the specialization course, due to the development of the problematization and contextualization processes necessary to demarcate a new posture; a new way of working with professionals, the users, and administrators; since the challenge of working collectively, to reunite different ideas, perceptions and practices has been seen.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Educación basada en competencias. Educación a distancia. Investigación en evaluación de enfermería.

RESUMEN: El objetivo de este estudio es evaluar el impacto producido en el proceso de trabajo de los enfermeros que participaron del Curso de Especialización en Proyectos Asistenciales en Enfermería, con respecto a su competencia para problematizar la realidad del servicio de salud en que se encuentra inserido junto al Sistema Único de Salud. Se trata de un estudio de tipo cualitativo, de carácter *ex-post facto*, realizado con 32 enfermeros de cinco Instituciones Federales de Enseñanza Superior de la Región Sur del Brasil. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas, siendo el análisis de contenido el procedimiento analítico adoptado. Los resultados indican un impacto positivo en relación a la competencia, pues una gran parte de los sujetos revelaron que con la Especialización, los asuntos que dicen respecto al Sistema Único de Salud y a la relación con el servicio de salud quedaron más claros, posibilitado por el desarrollo del proceso de problematización y de contextualización necesarios para delimitar una nueva postura y una nueva forma de trabajar con los profesionales, los usuario y los gestores, considerando el desafío de trabajar colectivamente, de reunir diferentes ideas, percepciones y prácticas.

INTRODUÇÃO

O Departamento de Enfermagem e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina através da Rede de Promoção da Enfermagem da Região Sul do Brasil (REPENSUL) concebeu e implementou, em 1996, juntamente com mais quatro Universidades Federais – Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Fundação Universidade do Rio Grande (FURG) – o Projeto de Especialização em Enfermagem da Região Sul (ESPENSUL). Este projeto de especialização emergiu da necessidade de qualificação da força de trabalho na área da saúde e da Enfermagem. Nele, a educação à distância foi uma opção que possibilitou manter o profissional estudando e aprendendo dentro da realidade dos serviços de saúde, e alinhado a metodologia problematizadora, permitiu construir conhecimentos e gerar transformações a partir das necessidades levantadas nos serviços por meio de projetos assistenciais.

O presente estudo tem como objetivo, avaliar o impacto gerado no processo de trabalho dos Enfermeiros que participaram do curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem, referente à competência de problematizar a realidade do serviço de saúde em que está inserido face ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Compreende-se avaliação de impacto como a “análise sistemática das mudanças permanentes e/ou significativas – positivas ou negativas, planejadas ou não planejadas – na vida das pessoas causadas por uma ação ou série de ações determinadas”.^{1,12} Assim, a pesquisa de avaliação de impacto busca determinar que efeitos (mudanças) foram provocados por um evento, no caso, o curso de Especialização, visto que, este curso pretendeu alterar uma série de aspectos ao introduzir nos momentos de aprendizagem, conhe-

cimentos e competências em relação a conteúdos, forma de trabalho e comportamento pessoal.

Evidenciar a competência de problematizar a realidade do serviço da saúde em que atua em relação ao SUS, justifica-se por considerar que a prática da Enfermagem brasileira não pode ser compreendida separadamente do contexto social e político do país, em especial no que diz respeito à saúde. Para tanto, faz-se necessário elucidar que a situação da enfermagem requer um entendimento de que ela está inserida em uma sociedade, na qual seus cidadãos têm enfrentado diferentes e grandes desafios para conquistar e/ou manter a sua cidadania, entendida como promoção de ações que garantam igualdade de oportunidades, assegurando a todos, educação, saúde, trabalho, nutrição, entre outros.

As políticas de saúde apresentam-se como uma maneira da sociedade se organizar para tratar a questão da saúde de seus membros, pois estrutura-se como um ato de comunicação, uma vez que independente do local onde o enfermeiro trabalha e, por mais que lhe pareça estar longe das questões e das decisões políticas, tais políticas fazem parte e interferem na prática da Enfermagem.

Ao perceber a relevância de tais reflexões e a limitação com que são efetivadas, o curso de Especialização considerou de fundamental importância o desenvolvimento da competência do enfermeiro em problematizar a realidade do serviço de saúde em que está inserido face ao SUS. Como competência compreende-se “a capacidade de agir eficazmente em determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.^{2,27} Igualmente, no Art. 6º do Conselho Nacional de Educação entende-se como sendo “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz em atividades requeridas pela natureza do trabalho”.^{3,38}

Logo, para o desenvolvimento de competências, além do conhecimento, deve-se articular dois momentos que se relacionam na práxis: a teoria e a ação. Neste texto, encontram-se os resultados deste processo.

METODOLOGIA

O modelo de investigação utilizado se delineia como qualitativo, sendo que “a abordagem qualitativa da avaliação de impacto é aquela que não se baseia em evidências fornecidas pelo elemento contrafutual para se chegar a inferências causais”.^{4:261} Trata-se, neste caso, de buscar estabelecer relação causal entre as ações do curso e os comportamentos, atitudes ou ações das pessoas que o desenvolveram. Dentre os diferentes modelos de avaliação de impacto, a avaliação ex-post facto procura reconstituir os elementos necessários a uma estimativa do impacto a partir de documentos (registros administrativos, avaliativos, módulos de aprendizagens) ou de entrevistas com os atores do processo.⁵

Nesta perspectiva, como procedimentos de investigação, empregaram-se entrevistas estruturadas aprofundadas com base nas competências requeridas pelo curso e consulta aos cinco Momentos (módulos) de Aprendizagem do Curso de Especialização.⁵ A amostra proposital selecionada contemplou 10% do total de alunos de cada turma das cinco Instituições Federais participantes, compreendendo 32 sujeitos. A intencionalidade desta amostragem está na ênfase do entendimento em profundidade, visto que delibera quem são os sujeitos que comporão o estudo, contrapondo-se à amostragem não-causal e aleatória, cujo propósito é a generalização. Neste critério de seleção é possível selecionar casos ricos em informações substanciosas sobre o assunto em pauta.^{6,7}

Com relação ao perfil dos sujeitos que participaram do estudo é importante salientar que 90,6% são do sexo feminino, 78% atuam no serviço público de saúde, 85% são da área de atenção de alta complexidade (hospitalar e clínicas especializadas) e 15% são da atenção básica (Unidades Locais de Saúde, prefeituras e escolas).

O procedimento analítico dos dados foi análise de conteúdo, que é tido como um método de tratamento dos dados obtidos em textos, e como um conjunto de técnicas de análise de comunicação. A análise de conteúdo é compreendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.^{8:38}

Este tipo de análise propõe várias modalidades técnicas, sendo que todas buscam compreender os conteúdos manifestos, ocultos, e suas significações, ultrapassar o olhar imediato das aparências, e estudar o problema a partir da própria expressão dos indivíduos. Neste estudo, dentre as técnicas de análise de conteúdo, foi adotada a análise temática, que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.^{9:209}

A sistemática para análise dos dados através da técnica de análise de conteúdo incluiu a pré-análise, representada pela seleção e organização dos dados; a descrição analítica, na qual os dados foram submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico-metodológico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias já definidas pelo referencial teórico ou que emergiram, e culminou com a interpretação inferencial, em que se elucidaram os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis.

Neste estudo, são apresentados os resultados obtidos em relação à aquisição da competência dos enfermeiros egressos do Curso de Especialização-ES-PENSUL para problematizar a realidade do serviço de saúde face ao Sistema Único de Saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o Parecer Nº 047/05, sendo que as normas éticas foram atendidas de acordo com a Resolução Nº 196/96 para a realização da pesquisa com seres humanos. Para tanto foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurando o anonimato aos respondentes e as instituições. Desse modo, as cinco instituições já mencionadas foram representadas pelos cinco continentes e os sujeitos pelos países e mar correspondente: Oceania (Austrália, Nova Zelândia e Mar da Tasmânia), África (Líbia, Angola, Argélia, Moçambique, Nigéria, Quênia, Marrocos, Egito, Somália, Etiópia e Congo), Europa (Alemanha, Itália, Espanha, Grécia, França e Polônia), Ásia (Rússia, China, Índia, Japão e Tailândia) e América (Brasil, Venezuela, México, Canadá, Jamaica e Chile).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta pedagógica do Curso apoiou-se na Educação à Distância - modalidade semi-presencial, que oportunizou o processo de formação continuada no próprio local de trabalho, instituindo

novas necessidades aos sujeitos como desenvolver a capacidade de olhar para a sua realidade e levantar os problemas. Para tanto, a metodologia problematizadora foi levada a efeito na elaboração do material impresso e como guia orientador dos Momentos de Aprendizagem ao longo do Curso.

A idéia da Especialização em Projetos Assistenciais teve como propósito, afastar-se do modelo tradicional de especialidades clínicas na área da saúde, pois evidenciava uma nova visão, na qual se contextualizava a realidade vivida e a articulava com estratégias críticas, criativas e coletivas, proporcionando uma efetiva contribuição e alteração da prática habitual de fazer e produzir saúde.

Neste campo, entre várias novidades, era indispensável a construção de competências viáveis e exequíveis. Desta forma, em acordo com a análise dos dados, emergiram cinco estruturas de respostas relacionadas à categoria central – competência desenvolvida pelos sujeitos, em problematizar (com equipe e clientes) a realidade do serviço de saúde em que atua face ao SUS: 1) problematiza; 2) problematiza com limitações; 3) apresenta dificuldade em problematizar na área de atuação hospitalar; 4) a relação entre serviço de saúde em que atua com o SUS não é percebida; 5) contribuição do ESPEN-SUL na aquisição desta competência.

A primeira estrutura de resposta foi composta por cinco sujeitos ao demonstrar em suas falas que possuem habilidade em relacionar a realidade do serviço de saúde em que atuam, face ao SUS, enfatizando aspectos como um maior comprometimento com o SUS a partir do cotidiano e, a incorporação da metodologia problematizadora como ferramenta para reflexões e mudanças na prática profissional. As falas a seguir ilustram estes aspectos.

Eu trabalho numa UTI [Unidade de Terapia Intensiva] essencialmente SUS e passo reforçando o SUS. Também trabalho numa escola particular onde a clientela principal, tem um grande preconceito contra o SUS, mas eu consigo mostrar a eles, com o exemplo da nossa instituição, que trabalhamos essencialmente SUS e que isso é possível [...] nós fizemos parte disso e temos que estar comprometidos com o sistema (Argélia).

O SUS ficou bem mais claro. O que é o SUS, como funciona a política, porque às vezes a realidade é diferente. Foi bem importante para mim, consegui também repassar ao grupo, com o tempo, de uma forma natural, para saber as diferenças que existem entre as Unidades Básicas de Saúde [...] ficou o desafio de mostrar o trabalho do SUS [...] ainda não está do jeito que deveria, mas estamos chegando lá, estamos defendendo (Mar da Tasmânia).

Um aspecto destacado nas falas foi em relação ao processo problematizador, que ao ser utilizado no curso, foi incorporado por alguns sujeitos a ponto de introduzir a rotina da reflexão e do compartilhar de idéias e ações, bem como ampliar consideravelmente o conhecimento acerca do SUS, sua estrutura, diretrizes e princípios.¹⁰

Em seu depoimento Argélia ratifica uma visão contextualizada do profissional da saúde que acredita na consolidação do SUS, pois mesmo trabalhando em uma unidade de alta complexidade, se compromete e defende os princípios do SUS. O desafio é analisar se as informações que o sujeito busca compartilhar atinge os membros de sua equipe e usuários, uma vez que na maioria dos serviços, os profissionais desconhecem os princípios do SUS.

Estudo realizado em um hospital universitário da região sudeste do Brasil sobre a percepção que os profissionais de saúde possuem acerca dos princípios e diretrizes do SUS, corrobora esta realidade. O estudo indica que os profissionais não conhecem a base conceitual e filosófica do SUS, bem como desconhecem as leis e normas operacionais que são referenciais jurídico-administrativos. A preocupação é voltada para a alta complexidade, o que dificulta ao profissional enxergar o sistema numa perspectiva de promoção e prevenção de saúde. Ainda, refere que o princípio da integralidade não apareceu nas falas, demonstrando a fragmentação do pensamento em relação à oferta de serviços. Outrossim, em relação às diretrizes do SUS, o controle social também não apareceu em nenhuma fala, o que talvez se deva a falta de participação do usuário nas instâncias deliberativas.¹¹

Conscientes que o SUS tem como objetivo formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde e assegurar o acesso equitativo e integral aos serviços de assistência a saúde,¹² torna-se indispensável reportar-se ao depoimento de Mar da Tasmânia quando diz que [...] ficou o desafio de mostrar o trabalho do SUS [...] ainda não está do jeito que deveria, mas estamos chegando lá, estamos defendendo..., visto que “o trabalhador de saúde é um ponto-chave para a implementação do SUS; é ele que dá vida ao sistema, por meio dele o projeto passa a ser sentido pela população. À medida que exerce sua função, o sistema de saúde passa do aspecto teórico conceitual para a prática da atenção”^{11,303}

Mas como o trabalhador de saúde vai ajudar a implementar o SUS, se muitas vezes não consegue se distanciar da sua rotina na unidade de trabalho, ou

por acomodação, ou falta de estímulo, ou mesmo por dificuldades frente a problemas que passam os hospitais brasileiros, como por exemplo, a falta de pessoal?

Esta realidade reitera a importância das discussões sobre o SUS, por meio de um processo educativo, como foi o Curso de Especialização em Projetos Assistenciais.¹³ Experiência que desencadeou reflexões sobre o fazer dos enfermeiros, de modo que cada sujeito tem a oportunidade de ser um multiplicador e defensor do SUS, estimulando-se e com isto, motivando nos membros de sua equipe a vontade de crescer, de participar, de desenvolver sua capacidade de raciocínio, de cultivar a sensibilidade e tenacidade para mudança, de exercer sua cidadania, de comprometer-se com a assistência prestada e sentir-se autor e ator na consolidação do SUS.¹⁰ É necessário conhecimento dos objetivos do sistema de saúde, discussão com a equipe e engajamento político-profissional, para conseguir contrapor a visão e postura tradicional de neutralidade e distanciamento político em que se encontra a maioria dos profissionais.

Os depoimentos de sete sujeitos compuseram a segunda estrutura de resposta, ao referirem que realizam com limitações a problematização da realidade do serviço de saúde em que estão inseridos face ao SUS, como explicita a fala a seguir: *eu trabalho num hospital público só com pacientes do SUS. Eu acho que na atual Política Nacional de Saúde [...] o paciente recebe o tratamento e os exames gratuitamente no hospital. Todo cidadão tem direito à saúde com cobertura do Estado (Angola).*

Este depoimento apresenta uma visão mais restrita do SUS no momento em que expressa a gratuidade no atendimento, pois isso denota o desconhecimento do sujeito sobre a base teórica que sustenta o sistema. A sustentação do SUS é determinada por suas diretrizes organizativas e pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, que lhe conferem ampla legitimidade. Também estes princípios estão incorporados ao texto da Constituição Brasileira por meio da Lei Orgânica do SUS N° 8080/90.¹²

Convém lembrar, que os serviços do SUS “são responsáveis pela atenção integral de mais de 140 milhões de brasileiros e ainda oferecem cerca de 40 milhões de coberturas por planos de saúde, em situações que estes não asseguram a prestação oportuna dos serviços como na maioria das situações de emergência e urgência”.^{14:543}

Prestar uma assistência mais humanizada é uma das preocupações orientadoras da política de

saúde. Esta questão aparece associada à necessidade de flexibilização do processo assistencial, bem como sua problematização junto a equipe, como demonstra a fala a seguir: *nós começamos a trabalhar mais com a flexibilização das rotinas, normas na UTI [...], logo foi montado mais um horário de visitas, foi quebrado muitas normas rígidas que existiam [...]. Teve situações críticas em que chamamos os familiares, outras que eles puderam sentar na cadeira, fazer carinho. Eu mostrei ao grupo que isso é possível. [...] qualquer pessoa tenha ou não tenha condição financeira, não interessa para nós. É um ser humano que está ali. E ao mesmo tempo essa relação sobre a situação crítica da saúde pública, a situação da nossa saúde, a relação da gravidade dos pacientes, a situação que o município se encontra. Isso a gente comenta, toda uma situação que realmente tem que mudar (China).*

O depoimento acima explicitou uma maior preocupação com a flexibilização e a humanização da assistência, o que vem ao encontro da Política Humaniza SUS¹⁵ e configura-se como uma estratégia positiva ao fortalecimento do SUS. No entanto, foi possível perceber na fala do sujeito, que a problematização da realidade do serviço face ao SUS, limita-se a política de humanização, pois em relação às demais questões que envolvem o sistema de saúde ele relata que até tem conhecimento, porém tal conhecimento fica na instância de comentários, sem haver maiores discussões e reflexões com a equipe.

Vale ressaltar, que mesmo com a limitação de ter problematizado um único tema sobre as políticas do SUS, esta iniciativa é relevante, visto que a Política Nacional de Humanização (PNH) constitui-se em uma proposta que resulta na mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, contemplando, assim, os princípios do SUS. Uma das metas da PNH é divulgar em todas as instâncias do sistema, principalmente entre usuários, suas diretrizes, destacando que todo usuário tem o direito a ter um acompanhante nas internações e consultas; todo usuário tem direito de saber quais são os profissionais que o atendem; redução de fila com acolhimento e avaliação de risco; usuários e trabalhadores têm o direito de participar da gestão dos serviços.¹⁵

O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Esta é a proposta do Humaniza SUS. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. A Huma-

nização, como política, atravessa todas as instâncias do SUS busca atuar na descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais.¹⁵

Na terceira estrutura de resposta, onze sujeitos expressaram apresentar dificuldade em problematizar a realidade da área de atuação hospitalar face ao SUS, como relatam as falas a seguir: *essa questão de política de saúde foi pouco trabalhada aqui dentro do hospital. [...] eu tenho uma certa dificuldade ainda. [...] deu para perceber uma relação maior porque geralmente quando a gente pensa em política de saúde, pensa em saúde pública. [...] deu para relacionar um pouquinho mais com a saúde hospitalar. [...] mas ainda não estou... muito bem politizada (Nova Zelândia).*

Eu aprendi bastante sobre o SUS, mas acredito que a gente só capta quando parte para a prática [...] Tudo ocorre em função do local de trabalho. Notamos que tinham pessoas que trabalhavam na prefeitura, na saúde pública, o que possibilitou entender melhor o SUS. Eu não consegui aplicar no meu local de trabalho, por ser um hospital privado. Hoje, que trabalho em um hospital do SUS comprehendo melhor. Noto a diferença naquilo que está ao meu alcance, porque tem muita coisa que não depende de mim, é complicado (Congo).

O aspecto expresso pelos sujeitos não é inusitado, pois historicamente a cultura do modelo tecnocomunitário é hegemônico nas práticas em saúde no Brasil.¹⁰ Devido a isto, ainda é comum os profissionais de saúde associar as políticas públicas de saúde ao campo da assistência primária ou atenção básica, sendo ainda limitada à compreensão do SUS como um sistema que envolve todas as esferas de saúde.

O Brasil ainda apresenta uma rede de serviços hospitalares legitimada dentro do modelo hegemônico de saúde, com uma realidade concreta deste modelo biomédico, porém sendo “operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais para as políticas públicas de saúde, em muito, conflitante com a prática desenvolvida nessas instituições”.^{15,9}

Nesse sentido, é importante compreender a realidade atual, no que se refere à atenção hospitalar como resultante de uma ação de longos anos e que possui vários determinantes inter-relacionados, que vão desde os referentes à evolução dos modelos de organização e gestão em saúde e à redefinição de perfis epidemiológicos e das práticas assistenciais, passando pelo campo do poder corporativo-institucional, até os valores e representações sociais dos usuários em relação à instituição hospitalar,

Outro fator, pode ser o não envolvimento com os pacientes e familiares, somando-se a uma demanda reprimida, um déficit de material e pessoal, a dificuldade de integração com o sistema loco-regional de atenção à saúde associada à falta de motivação dos trabalhadores da saúde.¹⁶

Frente a isso, percebe-se que a atenção hospitalar tem originado uma série de debates sobre a assistência no SUS, por sua importância de suporte na rede de atenção, pela característica dos serviços ofertados, na maioria de média e alta complexidade. Desse modo, ainda é preciso progredir, na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados. Para isso é necessário uma melhor organização do Sistema de Saúde como um todo, melhorando o acesso, a descentralização das ações, facilitando os serviços de saúde, entre outros. Além disso, é necessário que haja mudanças significativas dos trabalhadores da saúde quanto à atenção prestada, deslocando-a do olhar único da doença para as efetivas necessidades do usuário.¹⁵

Para a construção de um novo modelo é necessário que os indivíduos tenham maior expressão no processo coletivo de viver. Frente a isso, torna-se indispensável três princípios para a transformação do modelo tecno-assistencial: 1) a gestão democrática, com participação de usuários, trabalhadores e o governo; 2) saúde como direito de cidadania; e, 3) serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.¹⁷

Porém, para que estes princípios sejam efetivados, é indispensável que os sujeitos (gestores, profissionais da saúde e usuários do serviço) questionem quais movimentos estão sendo realizados? Como estes movimentos são articulados? E, principalmente como se inserem neste processo, procurando compreender seus efeitos e finalidades como sujeitos ativos e críticos e não simples expectadores passivos.^{10,18}

Nesta estrutura de resposta, a realidade do serviço hospitalar, bem como a centralidade dos financiamentos e a falta de recursos materiais são mencionadas pelos sujeitos. Porém, não ocorre uma efetiva problematização, visto que os sujeitos não consideram estas questões como diretamente relacionadas às políticas de saúde, como identificado na seguinte fala: *aqui não vai muito além das discussões. Conseguimos ver o que está errado, o que deveria ser mudado, a questão do emprego do dinheiro público, a falta de recursos... Discutimos dificuldades pontuais [...] mas não questões diretamente relacionadas ao SUS enquanto política. A intervenção que fazemos é restrita a encaminhamentos [...]. Quase sempre é só pegar o telefone*

e conversar com as outras equipes, onde elas estiverem e o problema é resolvido. Mas, não tem discussão em grupo problematizando a realidade da saúde em geral e o nosso trabalho. A gente até conversa, mas a gente não vê retorno, resultado (Quênia).

Percebe-se no depoimento do sujeito, que há uma grande dificuldade de problematizar o contexto do SUS na sua área de atuação, uma limitação que pode ser devido à cultura do modelo hegemônico, que faz com que o profissional não perceba as diferentes instâncias que envolvem o SUS enquanto política. O sujeito relata que os profissionais conseguem perceber o que está “errado”, bem como o que deveria ser “mudado”, porém será que estas pessoas se percebem como integrantes do SUS, visto que no relato referem que não conseguem discutir as questões diretamente relacionadas ao SUS enquanto política.

Corroborando com o exposto, o Ministério da Saúde assinala que a atenção hospitalar no âmbito nacional apresenta várias dificuldades, no que se refere aos aspectos financeiros (custeios e investimentos), políticos, organizacionais, assistenciais, de formação profissional¹³ e social. Essas várias dificuldades “se estruturam, em torno de um eixo central que diz respeito à manutenção e reprodução, ou mudança e transformação do atual modelo de atenção à saúde em um determinado sistema de saúde como é o caso do SUS”.^{15:13}

Um estudo aponta várias dificuldades na situação atual da atenção hospitalar no SUS, como: carência relativa e má-distribuição dos leitos hospitalares; escassez de políticas e baixa habilidade de gestão da rede hospitalar por parte das instâncias governamentais e baixa habilidade gerencial dos estabelecimentos da rede hospitalar; inconformidade dos mecanismos de alocação de recursos financeiros para a atenção hospitalar no SUS e insuficiência dos mecanismos de auditoria, controle e avaliação do uso de recursos alocados na rede; grau elementar de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços entre a rede básica e os serviços de média e alta complexidade, com reorientação do papel dos hospitais gerais e especializados; grau incipiente de controle sobre produção de serviços hospitalares em quantidade e qualidade, que permita a análise da sua adequação ao perfil de necessidades de saúde da população atendida, bem como avaliação da efetividade dos serviços e da satisfação dos usuários.¹⁹

Destaca-se que muitas ações precisam ser melhoradas, e esforços têm sido engendrados, no entanto é indispensável que as pessoas que fazem parte do sistema se sintam responsáveis e conhecedo-

ras do SUS.^{10,18} As dificuldades pontuais que foram citadas e são resolvidas tornam-se importantes para as políticas do sistema de saúde, mas precisam ser consolidadas dentro das ações das políticas públicas e não acontecer apenas em processos informais ou por amizades. Essa tomada de consciência é indispensável, para que ocorram avanços com elaboração e desenvolvimento de estratégias efetivas que resultem em melhorias no processo de construção do SUS, sendo que cada sujeito é um agente social e co-partícipe desta construção.

A quarta estrutura de resposta, emergiu do depoimento de sete sujeitos que revelaram em suas falas que a relação entre a realidade do serviço de saúde que atuam e o SUS não acontece, sendo que desse modo não ocorre a problematização. Alguns explicitam a sua dificuldade de entendimento e, consequentemente, uma grande confusão entre o caráter público e privado, como apresentado nos depoimentos a seguir: *uma coisa que eu encontro bastante dificuldade é entender a diferença que existe entre os convênios. Eu acho que até a própria administração impõe essas diferenças dos pacientes do SUS com os outros pacientes. Para mim, todos deveriam ser tratados da mesma forma. Eu sinceramente fiquei entendendo melhor o SUS na Especialização, especialmente as diretrizes. Talvez porque na faculdade eu não tinha essa visão que tenho hoje por trabalhar numa unidade do SUS, o que facilitou a compreensão da dinâmica (Etiópia).*

[...] quando estudei eu não conseguia entender, lá no hospital não tem SUS, não tem nada com o SUS [...] por não trabalhar na área pública tenho uma visão muito limitada [...] para mim foi difícil [...] relaciono mais ou menos, o trabalho que eu desenvolvo com o SUS, queria saber bem mais, queria entender bem mais [...] hoje eu não problematizo com a equipe [...] são mais pensamentos meus [...] a gente conversou na época, porque lá fora todos têm essa ideia que a gente tem tudo maravilhoso, pacientes bem atendidos, ambientes tudo [...] mas é triste ver essa disparidade entre o privado e o público (Grécia).

Com a consagração do direito à saúde na Constituição Brasileira¹², buscou-se a implantação de um modelo universalista – o SUS. Entretanto, na década de 90, instala-se um terceiro modelo segmentado, com dois subsistemas de acesso para a atenção à saúde, o SUS e a Assistência Médica Suplementar, caracterizando a dicotomia entre o público e o privado.²⁰

Atualmente a participação do setor privado no SUS, encontra-se mais na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados no qual se encontra uma importante proporção de gastos do sistema. Essa necessidade do SUS com relação aos serviços pri-

vados ocorre principalmente devido à insuficiência de investimentos na rede pública e a baixa produtividade dos serviços públicos.¹⁴ Esta participação do sistema privado gerou uma categorização do sujeito na rede assistencial: o paciente do SUS (coberto com as verbas públicas), o paciente com cobertura de Planos de Saúde e o paciente privado.

Essa situação fortaleceu uma compreensão equivocada do SUS, reforçando a idéia de que o sistema de saúde é composto por uma rede pública e uma rede privada, quando na realidade, o SUS é o sistema de saúde, único e público, que conta com uma rede complementar (privada). Assim, as instituições de saúde podem trabalhar com recursos financeiros de fontes diversas: públicas e/ou privadas.

Nesse sentido, são os próprios hospitais, que recebem verbas públicas e/ou de outros convênios, que determinam diferentes regras administrativas para a internação dos indivíduos. Isto se expressa na fala de Etiópia quando diz que *todos deveriam ser tratados da mesma forma* pois, independente dos convênios, é necessário ter claro que o SUS é destinado a todos os cidadãos, sendo financiado com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. Propõe-se a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.²¹

Em relação à quinta estrutura de resposta, que refere a contribuição e a importância do curso ESPENSUL na aquisição da competência de problematizar a realidade dos serviços de saúde em que o profissional atua, face ao SUS: quatro sujeitos apontaram não ter havido contribuição direta do curso, pois já possuíam certo conhecimento. Os demais sujeitos relataram uma contribuição bem significativa com diferentes enfoques como sinalizam as seguintes falas: [...] na verdade foi um marco [...] a partir da ESPENSUL, eu busquei outra especialização e o

mestrado. Na verdade eu não parei na ESPENSUL, continuei a partir dali [...] as coisas se inter-relacionam, são agregações de valores, de conhecimento (Austrália).

Deu para perceber uma relação maior porque geralmente quando a gente pensa em política de saúde, pensa em saúde pública. Mas deu para relacionar um pouquinho mais com a saúde hospitalar [...] Mas ainda tenho muito a melhorar sobre a minha visão de saúde, ainda não estou... muito bem politizada (Nova Zelândia).

Os depoimentos dos sujeitos, reafirmam a finalidade do processo educativo problematizador como a conscientização que ultrapassa o nível da tomada de consciência através da análise crítica, isto é, do desvelamento das razões de ser desta situação, para constituir-se em ação transformadora desta realidade.¹⁸ Assim, sabedores de sua inconclusão, homens e mulheres procuram, ao longo de suas vidas, saber mais. Essa busca constante é característica humana baseada na esperança, sendo que a Educação Permanente é a educação fundamentada na consciência da necessidade do conhecimento.^{10,18}

A contribuição que gera a ampliação de visão e a necessidade de um trabalho interdisciplinar e intersetorial também foi manifestada: *a ESPENSUL fez com que eu saísse daquela formação só de vir aqui assistir uma aula, estudar em casa, prestar uma prova, correr o máximo para atingir o objetivo da prova. Ela abriu um olhar diferente sobre a equipe multidisciplinar, um leque para eu me relacionar com outros setores, não só aquele no qual trabalho (Marrocos).*

A intersetorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Para isso, não basta a consciência entre os profissionais da saúde sobre a insuficiência do seu saber e sua atuação setorial para alcançar resultados efetivos e transformadores para os complexos problemas.¹⁹ Há um longo caminho a ser percorrido, tanto no plano do saber, como no plano das práticas, que permita fazer a ruptura do próprio modelo de conhecimento e de formação dos profissionais, sendo que foi nesta direção que o curso investiu.

Outras manifestações apontaram à riqueza de literatura trabalhada e discutida, o exercício da problematização e a oportunidade de ampliar o conhecimento pelo conteúdo desenvolvido sobre o SUS. As falas endossam estes aspectos: [...] o ESPENSUL ofereceu muitos textos críticos durante o curso e eu conseguia relacionar bem um com o outro na hora de fazer os exercícios e os trabalhos (Somália); [...] tinha uma parte que mostrava toda essa questão do SUS, das políticas, como que a gente se insere dentro... Pelo conteúdo programático e pelas discussões que sempre tinham (Tailândia).

Salienta-se a relevância da postura crítica da subjetividade no processo de conhecimento, não importando tratar-se de compreender o conhecimento já existente ou de buscar a produção do conhecimento que não existe ainda.^{10,18} Destaca-se que implicado no processo de conhecer, está a tarefa de intervir. Intervir para a libertação, para a transformação das condições injustas, de vida e de saúde.^{10,18,22} A implementação destes conhecimentos sobre o SUS, desenvolvidos no curso, manifestou-se como uma releitura de práticas anteriores que foram refletidas a partir de um processo educativo fundamentado no exercício da problematização, que tende a desvelar mobilização cognitiva e atitudinal voltada à prática crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos e as análises realizadas, sugerem um impacto significativo com o desenvolvimento do curso de Especialização em Enfermagem no desenvolvimento da competência em problematizar a realidade dos serviços de saúde em que atua, face ao SUS. A análise revelou um claro compromisso dos sujeitos com a melhoria da assistência de enfermagem empreendida e de considerar o curso demarcador de crescimento pessoal, profissional, intelectual e institucional, propalando a continuidade do mesmo, na modalidade semi-presencial e fundamentado na metodologia problematizadora.

Grande parte dos sujeitos revelaram que a partir da Especialização, as questões que dizem respeito ao SUS e a relação com o serviço de saúde ficaram bem mais claras. Foi extremamente importante desenvolver o processo de problematização e contextualização, necessários para demarcar uma nova postura, uma nova forma de trabalhar com os profissionais, os usuários e os gestores, haja vista o desafio de trabalhar coletivamente, de reunir diferentes idéias, percepções e práticas. Ainda, alguns sujeitos expressaram que por não se sentirem politizados o suficiente para ampliar sua visão da saúde, as dificuldades em abordar as políticas de saúde permanecem, contudo explicitaram que o Curso trouxe esta provocação.

REFERÊNCIAS

- 1 Roche C. Impact assessment for development agencies. Oxford (UK): [s. l.]; 2000.
- 2 errenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 1999.
- 3 Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Resolução No 3 de 7 de novembro de 2001: institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): MS; 2001.
- 4 Mohr LB. Impact analysis for program evaluation. London (UK): Sage Publications; 1995.
- 5 Savedra MMG. Avaliação do impacto dos programas orientados da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do estado do Rio de Janeiro [completo]. In: Anais 7º Congreso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y la Administración; 2002 Oct 8-11; Lisboa, Portugal [on-line]. Lisboa (PT): CLAD; 2002. p.1-10 [acesso em 2007 fev 01]. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0044551.pdf>
- 6 Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. London (UK): Sage Publications; 2002. p. 37-73.
- 7 Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
- 8 Bardin L. Análise de Conteúdo. 7a ed. Portugal (PT): Edições; 1977.
- 9 Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo (SP): HUCITEC/ABRASCO; 2004.
- 10 Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em Enfermagem. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2006.
- 11 Souza IMC, Bezerra AFB, Marques APO. Trabalho em Saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no Hospital Universitário conhece sua filosofia? Saúde em Debate, 2003 Set-Dez; 27 (65): 302-9.
- 12 Brasil. Lei No 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990 [acesso em 2007 Out 02]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>
- 13 Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS, Ferraz F, Prado ML, Martins ST. The reality of Nursing Continuing Education in the Public Health Services. A descriptive study. Online Brazilian Journal Nursing [online] 2007 Jan 20; 6 (0): [s. p.] [acesso em 2007 Set 30]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/619/147>
- 14 Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos W, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo (SP): HUCITEC; 2006. p.531-62.
- 15 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. Brasília (BR): MS; 2004.
- 16 Rollo AA. É possível construir novas Práticas Assistenciais no Hospital Público. In: Merhy EE,

- Onocko R, organizadores. *Práxis em salud um desafio para lo público*. Buenos Aires (AR): Ed. Lugar; 1997. p.321-52.
- 17 Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Práxis em salud um desafio para lo público*. Buenos Aires (AR): Ed. Lugar; 1997.
- 18 Freire P. *Educação e mudança*. 23a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1999.
- 19 Barjas N. *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*. Brasília (DF): MS; 2002.
- 20 Wilken PRC. *Política de Saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde (SUS), uma realidade em construção*. Rio de Janeiro (RJ): H.P Comunicação; 2005.
- 21 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde [página na Internet] Brasília (DF): DEGERTS; 2006 [acesso em 2007 Fev 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/aplicacoes/busca/buscar.cfm>
- 22 Backes VMS, Schmidt SMS, Nietsche EA, Saurin MHG, Ferraz, F. *Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem*. Texto Contexto Enferm. 2003 Jan-Mar; 12 (1): 80-8.