

**Política de Saúde Escolar no
Perú: O caso do Sistema
Integral de Saúde / Seguro
Escolar Gratuito na ótica das
enfermeiras, do Hospital**

**Kelly Myriam Jimenez de Aliaga
Isabel Cristina dos Santos Oliveira**

Política de Saúde Escolar no Perú: O caso do Sistema Integral de Saúde / Seguro Escolar Gratuito na ótica das enfermeiras, do Hospital

Política de Saúde Escolar no Perú: O caso do Sistema Integral de Saúde / Seguro Escolar Gratuito na ótica das enfermeiras, do Hospital

Título original:
Política de Saúde Escolar no
Perú: O caso do Sistema Integral de Saúde / Seguro
Escolar Gratuito na ótica das
enfermeiras, do Hospital

Primera edición: enero 2021

© 2020, Kelly Myriam Jimenez de Aliaga
Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Publicado por acuerdo con los autores.
© 2020, Editorial Grupo Compás
Guayaquil-Ecuador

Editor. Carlos Castagnola Sánchez

Grupo Compás es una editorial de la Universidad de Oriente desde el 2017, cada uno de sus textos han sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base en la normativa del editorial. Este texto ha sido sugerido para su indexación en Latindex, Redib, ErihPlus, mediante ISSN 2600-5743 Folio 28701 Folio Único 24972 Centro de Acopio, Ecuador

El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Editado en Guayaquil - Ecuador

ISBN: 978-9942-33-355-1



Cita.

Jimenez, K. dos Santos, I. (2020) Política de Saúde Escolar no Perú: O caso do Sistema Integral de Saúde / Seguro Escolar Gratuito na ótica das enfermeiras, do Hospital, Editorial Grupo Compás, Guayaquil Ecuador 358 pag

Política de Saúde Escolar no Perú: O caso do Sistema Integral de Saúde / Seguro Escolar Gratuito na ótica das enfermeiras, do Hospital

A motivação para estudar a temática *Seguro Integral de Saúde Escolar Gratuito (SIS/SEG)*¹ está alicerçada nas minhas vivências e experiências pessoais e profissionais na assistência às crianças, especificamente os escolares. Lembro o humanismo e a disposição para cuidar por parte de minha mãe quando ocorria um problema de saúde com as crianças, sendo ela considerada uma pessoa querida e reconhecida pela comunidade, o que desenvolveu na minha pessoa a idéia de ser enfermeira.

Como enfermeira, desenvolvi experiências profissionais variadas, em diferentes locais. A primeira foi em Huambos², em um Centro Estadual de Saúde onde os Programas da Política Nacional de Saúde não eram implementados de forma satisfatória. Diante das grandes necessidades da população escolar e também da falta de recursos humanos ou materiais, optei pelas práticas de saúde próprias de cada local.

Essa situação demonstrou ser mais complexa nos Centros Mineiros³ de Chuvilca⁴ e de Carolina⁵, áreas rurais, onde as pessoas possuem muitas tradições e

¹ SEG criado através do Programa ARSE na R.M. n.º 076-99-AS/AD, do 17/02/1999; R.M. n.º 398-2000-AS/DM de 13/07/2001, da fusão do SEG e o Seguro Materno - Infantil criando o Programa denominado “Unidade de Seguro Público” e com a R.S. n.º 445-2001- AS, de 31/10/2001, cria-se o Programa denominado “Seguro Integral de Saúde”.

² Na cidade de Santiago de Chuco, na região de La Libertad, ao norte do Perú, a 4800 metros sobre o nível do mar (m.s.n.m).

³ Moradias pré – fabricadas temporalmente, perto dos buracos das minas que permanecem no local até o término da exploração dos minerais.

⁴ Localizada na cidade de Cajamarca, na região La Libertad, ao norte do Perú, a 5800 m.s.n.m.

⁵ Localizada na cidade de Cajamarca, na região La Libertad, ao norte do Perú, a 5800 m.s.n.m.

crenças, e eu era a única profissional da saúde, e esses Centros Sanitários estavam sob a responsabilidade das firmas mineiras não estaduais, que não tinham como meta uma política educacional nem sanitária voltada para as crianças, mas para a produção de minerais.

Através de esforços particulares, implementei algumas atividades de saúde do programa preventivo, como: aplicação de vacinas, controle do crescimento e desenvolvimento das crianças, saúde escolar, entre outros, que estavam excluídas dos programas governamentais pela falta de controle sanitário nas comunidades mineiras longe das cidades.

Nessa época, foi muito difícil estabelecer uma dinâmica de atendimento de saúde que chegasse à maioria das crianças, devido à presença do Terrorismo⁶, que trouxe como resultado o descontrole da sociedade em lugares onde a realidade social é dependente da vontade do dono particular das minas, e carece de um plano de desenvolvimento devido a sua área geográfica inacessível. Nesses locais mineiros, trabalhei quatro anos, o que me ajudou a ter maior conhecimento de uma região marginalizada do meu país e desenvolver uma participação comprometida, em especial na epidemia de cólera nos anos 90, quando cuidava de crianças no Hospital Belén de Trujillo⁷.

Nessa época, o Perú atravessava uma intensa crise relacionada à gestão pública, falta de segurança e a

⁶ Grupo nacional subversivo chamado: “Sendeiro Luminoso” ou “Movimento Revolucionário Tupac Amaro” que tiveram influência maior no período 1980 até 1995 e ainda têm brotes ativos no Peru.

⁷ Hospital de Nível III da cidade de Trujillo/ Perú, cenário desta pesquisa.

presença da violência política, o que levou o governo a assumir a responsabilidade de voltar a inserir o país nos círculos financeiros internacionais, coincidente com o início do processo de formação de uma economia de mercado livre com o resto do mundo, redução da inversão social e aplicação da política liberal, provocando a redefinição de muitas teorias e conceitos da saúde pública.

Diante dessa situação, participei na implementação de uma Unidade de Capacitação para Tratamento de Diarréia, (UCPTD) num Hospital, que tinha impacto social nos níveis regionais, onde ocorria o tratamento das crianças menores de 14 anos; era realizada a capacitação das mães, pais e estudantes da área de saúde, e também nessa instituição se desenvolviam estudos interdisciplinares com enfoque na ocorrência de casos como parte dos informes semanal e mensal encaminhados aos níveis superiores do Ministério da Saúde/Perú.

Com base na tendência de aumento ou diminuição de casos semanais de diarréia, tornava-se necessária a implementação de ações no hospital e em toda a região norte de forma muito rápida, tendo como estratégias básicas: a educação em serviço, ensinando ao pessoal da equipe de saúde e aos estudantes. Estas ações fizeram a UCPTD ser reconhecida pela população como um espaço de garantia de atendimento e capacitação profissional e familiar quanto à desidratação por diarréias das crianças, proporcionando ótimos resultados.

Na referida unidade, a equipe de saúde e especificamente as enfermeiras⁸ prestavam cuidados às crianças, rompendo com o esquema só voltado para prescrições médicas, demonstrando necessidade de ações autônomas, humanizadas e transformadoras, como também críticas e autocríticas, propondo mudanças na atenção às crianças.

Dessa forma, em 1993, tive a oportunidade de fazer o curso de mestrado em Enfermagem na Universidade Nacional de Trujillo (UNT), e desenvolvi a dissertação intitulada: "Profissionalismo, Autonomia, Satisfação no Trabalho e Características Sociofamiliares das Enfermeiras da Região La Libertad", que versa sobre o nível de profissionalismo das enfermeiras para conhecer seu desempenho, elaborando as categorias: autonomia, satisfação no trabalho e suas características sociofamiliares, cujos resultados alcançaram um nível médio de profissionalismo, fundamentado no discurso oficial das enfermeiras, que estava voltado para cumprir as ações da Política Nacional de Saúde Infantil. As enfermeiras se desenvolvem num contexto de trabalho, em que mesmo que assumam uma atitude crítica, ainda que não tenham chegado a propor alternativas transformadoras nos níveis de decisão de saúde, propiciando uma situação de conflito pessoal e profissional, o que significava uma preocupação constante para todas as enfermeiras comprometidas

⁸ Utiliza-se neste estudo o termo enfermeiras devido à predominância do sexo feminino tanto pelo aspecto numérico como pelas concepções acerca do trabalho em enfermagem.

com as propostas de mudança, situação que ocorre até os dias atuais.

No mestrado, fui avaliada pela Direção de Intercâmbio Acadêmico Internacional da UNT, para integrar o Programa de Intercampus⁹ para Estudantes da Pós-Graduação na Espanha, no Estado de Murcia, onde pude evidenciar uma Enfermagem com predomínio no modelo biomédico; sendo importantes as visitas domiciliares e as consultas de Enfermagem nos estabelecimentos de saúde com programas de acompanhamento à comunidade. O sistema sanitário na época foi administrado pelo Município através dos Centros Educativos e observava-se um nível ótimo no controle preventivo dos escolares, com seguro sanitário universal.

Nesse Estado espanhol (Murcia), eu pude evidenciar uma população marginalizada constituída em sua maioria por ciganos¹⁰, com indicadores sociais desfavoráveis que incluem crianças em idade escolar na rua, precisando satisfazer necessidades derivadas de seu estilo de vida errante e própria dos indicadores sociais dos países desenvolvidos no tocante à alimentação e moradias; realidade esta que, em meu entender, é diferente da América Latina.

Em 1995, depois dos estudos de mestrado, comprometida com o desenvolvimento da profissão, ao voltar de Espanha, fui eleita como Presidenta do Conselho Regional La Libertad Ancash do Colégio de

⁹ Intercâmbio Internacional de estudantes das Universidades da Espanha e América Latina.

¹⁰ Cigano: indivíduo que tem um código ético próprio e se dedica à música, vive de artesanato, sem morada fixa, entre outros.

Enfermeiras¹¹ do Perú, espaço que me deu a oportunidade de observar as atuações das enfermeiras em diferentes serviços assistenciais, especialmente com crianças, as que fazem inúmeras atividades como: distribuição dos medicamentos prescritos aos escolares, acompanhamento da visita médica, implementação do registro de tratamento, controle de roupas, solução de problemas relacionados aos recursos materiais, entre outros, o que resulta muitas vezes na insatisfação por parte da população e também das enfermeiras, que se mostravam desmotivadas e descontentes pelo trabalho rotineiro. Em 1997, as enfermeiras viveram situações de crise, a mesma que vivenciou a população peruana, especialmente na oferta de serviços de saúde à comunidade, por razões de carências de toda índole e a maioria da população nessa situação não procurava os estabelecimentos de saúde. Nessa época, os funcionários públicos tinham garantia de atendimento através de um seguro de saúde, chamada Empresa de Seguros Saúde (EsSALUD); as pessoas que antes podiam procurar atenção em clínicas privadas não eram mais atendidas nos estabelecimentos estaduais de saúde; e a maioria da população não tinha acesso ao atendimento em estabelecimentos do estado por falta de condições financeiras, optando por peregrinar

¹¹ Por motivos de gênero da profissão e natureza feminina do cuidado denomina-se Colégio de Enfermeiras - entidade representativa legal da Profissão de Enfermagem, vinculado ao Colégio Nacional de Enfermeiras do Perú, situado em Lima (capital do Perú). Órgão de fiscalização do exercício profissional do país.

pelas drogarias próximas de seu lar ou procurar um curandeiro.

O Sistema de Saúde do Perú, desde os anos 80, está passando por mudanças econômicas e políticas profundas, com experiências de transição nos governos militares e democráticos, e estratégias econômicas de proteção, estadistas e modelos neoliberais de mercado. A transição econômica (ajuste estrutural) inclui duas fases: a primeira relacionada à estabilização das medidas econômicas para reduzir a inflação, e a segunda, com reformas profundas das instituições do Estado, no caso da saúde segundo Ewing apud Portocarrero (2000), a 2ª fase inclui três temas centrais na análise no processo de formulação de políticas: o grau de participação democrática; o papel das instituições internacionais como o Banco Mundial (BM) e as características do marco institucional dentro do qual as reformas são desenvolvidas.

No início da democracia e na 1ª fase de ajuste estrutural, ocorreu um movimento tecnocrático com a participação somente de um grupo de técnicos, sem uma discussão mais ampla. No Perú, é o caso mais extremo, onde o projeto de estabilização esteve acompanhado do autogolpe em abril de 1992, mediante o qual o presidente Fujimori fechou o Congresso da República com o apoio dos militares e governou com o pretexto de terminar a violência política e o terrorismo. As evidências mostram que os interesses do Congresso da República foram de moderar o plano econômico e foram marcados pela

ausência de democracia, contrária à filosofia de consenso como base para a 2ª fase.

A influência exercida pelas entidades econômicas internacionais como BM, FMI (Fundo Monetário Internacional), geralmente de pressão por mudanças político-econômicas em troca do crédito internacional, foi um instrumento entre outros que gerou a perda de crédito internacional pelas medidas heterodoxas do governo do presidente Alan Garcia, que foram de oposição às condições do FMI.

As reformas do setor saúde incluem-se em quatro políticas chaves que representam as tendências político – sociais do Estado peruano nos anos 1990, que são: ao Programa de Saúde Básica para Todos (PSBT); o Programa de Administração Compartida ou dos Comitês Locais de Administração em Saúde (CLAS); as Empresas Prestadoras de Saúde e o Programa de Planificação Familiar (PPFF).

O PSBT tinha uma abordagem focalizada do gasto social nos setores mais pobres da população, com características de uso eficiente de recursos, numa tendência global na reforma dos setores de saúde que cobriu o 72 % das Instituições de Saúde do MINSA; do CLAS cuja administração foi derivada dos comitês integrados por membros da comunidade conjuntamente com o chefe médico da Instituição de Saúde, e expressa a tendência da descentralização da administração e os serviços do Estado; as Empresas prestadoras de Saúde, criadas mediante a Lei de Modernização da Segurança Social em Saúde, promulgada em 1997, representa a tendência à

terceirização num papel crescente do setor privado com fins de lucro nos setores que eram exclusivos do Estado, com incentivos aos empregadores para o contrato de provedores dos serviços de saúde privados, aprovado pelo Estado e o PPFF como um programa de luta contra a pobreza, com reformas consideradas muito importantes e com forte apoio do governo de Fujimori.

A 2ª fase de ajuste foi caracterizada por um processo político com pouca democracia, limitada a um pequeno grupo de técnicos em equipes exclusivas e fechadas numa resistência de incluir os outros ou as instituições organizadas pela sociedade civil, gerada pela crise dos partidos políticos e o uso de indagações quantitativas para legitimar as suas ações, em vez de buscar a cidadania, praticamente uma continuação da 1ª fase conforme Ewing apud Portocarrero (2000) .

A maioria das reformas em saúde, com exceção das EPS, foi desenvolvida e implementada sem a intervenção do Congresso da República, e sim com incoerência do MINSA, e aprovação apenas do Presidente da República na forma de Decretos Supremos ou Legislativos, numa modalidade de reforma tecnocrática autoritária.

O conceito, discussão interna e desenho das reformas de saúde tiveram como motor o Programa de Fortalecimento dos Serviços de Saúde (PFSS) financiado pelo SEG; fundos de menor importância para o programa que provém do tesouro público e agências de doação do governo do Japão .

Como uma proposta de concepção de política social com justificativa legal específica, criam-se o SEG em todo o Perú, com caráter descentralizado, neste caso na Região La Libertad / Peru. Foi divulgado no país através de um comunicado dirigido a regiões de saúde em nível nacional, no dia 13 de agosto de 1997. Nesse comunicado, estavam descritos os delineamentos operativos para a operacionalização do SEG a partir do dia 18 de agosto do mesmo ano, baseado numa instrução de serviço do SEG, aprovado pelo Vice-Ministro de Saúde, que visava a oferecer atendimento escolar diante das necessidades recuperativas¹² dos assegurados¹³. O SEG foi criado através do Programa ARSE (Administradora de Risco da Segurança Escolar) na R.M. n.º 076-99-AS/AD, de 17/02/1999; o Programa ARSE foi o órgão de controle das áreas de administração conceitual, financeiro, criação de instrumentos de avaliação, comunicação e informação de dados para serem avaliados com fins de prestação de contas de financiamento.

A qualidade da informação foi o critério de pagamento às Instituições do Ministério de Saúde que prestam estes serviços, em seus diferentes níveis de resolução, numa filosofia de pagamento por resultados e não pagamento a serviços brindados por terceiros, incluindo o Plano de Atenção que abrangia o conjunto de serviços desde os mais simples até os mais complexos, cobrindo 95.5% das patologias existentes na população escolar; excluindo os Programas

¹² Atendimento de doenças que precisam de medicamentos, exames auxiliares, cirurgias, entre outros.

¹³ Escolares entre 3 a 17 anos inclusive, matriculados nos centros e programas públicos.

preventivos promocionais; as doenças congênitas e causadas por drogas, intenção de suicídio, como também excluem colocação de próteses, entre outras. Alguns países como o Chile, que é um exemplo pioneiro de reforma neoliberal depois do golpe de Estado de 1973, teve transformações sociais e econômicas que redundaram num processo de reforma do estado e conseqüentemente das políticas públicas e sociais; reformas que se alastraram sob diversas modalidades, em vários países latino-americanos, segundo os estudos feitos por Tavares, no Brasil, (1998, p.165-169) e Raczynski (1993) baseados em diversos documentos governamentais; identifica cinco elementos que definem a política social que são:

... a) a política social é demarcada por uma concepção do estado subsidiário;... b) a política social, em um nível mais geral o desenvolvimento social, se distingue da política econômica;...c) a política social, tem como objetivo primordial criar igualdade de oportunidades expressa na erradicação da extrema pobreza;... d) a política social teria o papel de corrigir as deficiências do funcionamento do modelo econômico, destinada a compensar os custos sociais do modelo;... e) a política social basicamente se traduz em atividades de “investimento em capital humano”.

No Perú, a proposta do SEG / SIS insere-se também no regime neoliberal, com finalidade de otimização dos recursos de saúde e foi normatizado pelo MINSA. O SEG foi definido como o meio através do qual o Estado assume o pagamento dos atendimentos demandados baseado em que o MINSA dispõe da capacidade de estrutura e infra - estrutura em cada estabelecimento de saúde do país (MINSA - Perúapud Jorge, 2000).

Para oferecer a atenção através do SEG, foi considerado necessário implementar apenas com a distribuição de medicamentos e insumos através de cada estabelecimento de saúde de acordo com sua capacidade de resolução e de oferta de serviços, para o atendimento das doenças das crianças na idade de três a dezessete anos (3 – 17), que estejam estudando em escolas do Estado do país, incluindo-se por parte do SEG o pagamento de três soles¹⁴ por consulta.

Em outubro de 1998, as instalações da Unidade de Capacitação para Tratamento de Diarréias (UCPTD) foram fechadas pelas autoridades do Hospital Belén, alegando a necessidade da criação de uma unidade integral, ação não concluída até a data atual. Contudo a UCPTD existe com esse nome numa sala localizada nas novas instalações do Serviço de Emergência, onde não há as áreas básicas, funcionais e de administração necessárias; e um programa de capacitação de pessoal, bem como as condições necessárias para cuidar das crianças com desidratação e em risco social por falta de metas voltadas à educação para a saúde.

É importante considerar o que destacam Lopez e Pretell (1998, p.48):

... la prevención y tratamiento de enfermedades requieren una adecuada infra-estructura para la atención sanitaria y la educación, y debe darse alta prioridad en asegurar saneamiento adecuado, garantía de uso de agua de buena calidad y nutrición apropiada; adicionalmente los medicamentos y vacunas con prescripción y control profesionales y

¹⁴ Moeda nacional equivalente a 3 reais 50 centavos no Brasil.

leyes com el potencial de conferir beneficios de salud a muchas personas.

Mesmo assim, na mencionada reforma de saúde foram incluídos os programas sociais, como o caso do Programa de Administração Compartida ou dos Comitês Locais de Administração em Saúde (CLAS) os quais contrataram pessoal de saúde, incluindo enfermeiras por serviços a prazo fixo denominados: “não pessoais”, outorgando-lhes um salário escasso para um trabalho de doze horas, e sem os direitos sociais estipulados pela legislação trabalhista; situação que denunciei através de uma conferência de imprensa à população com respaldo do cargo de Presidente do Conselho Regional de Enfermeiras e Secretária da Associação Civil de Conselhos Profissionais da Região a Liberdade.

Nesse conflito de dominação e poder profissional, tive problemas com o Conselho Nacional de Enfermeiras, órgão que determinou a suspensão das minhas funções de Presidenta Regional do Colégio de Enfermeiras por ter feito as denúncias ao Ministério da Saúde em defesa dos direitos das enfermeiras, e por integrar ativamente um movimento de luta conjuntamente com os outros Conselhos Regionais na aprovação da Lei do Trabalho das Enfermeiras Peruanas, não concordando com os objetivos da Junta Diretiva do Conselho Nacional.

Após sete meses de afastamento do cargo de Presidenta do Conselho Regional de Enfermeiras, retornei às funções do cargo por disposição do Poder Judicial, instância a que apelei por direito civil, e pela

Comissão Transitória de Governo do Conselho Nacional de Enfermeiros que nesse momento foi eleita, após tomar o local do Conselho Nacional de Enfermeiros, num movimento de que participaram entidades como a Federação e Sindicato Nacional de enfermeiros, assim como os 14 Conselhos Regionais de Enfermeiros do Perú.

Numa evidência objetiva de violação da prática do estado de direito, que se pode constatar nos anexos citados, é a data das minhas declarações como Presidenta do Conselho Regional de Enfermeiras respeito ao “acesso difícil das maiorias aos serviços de saúde” (12 de maio de 1998), que é a mesma (12 de maio de 1998), que tem a Resolução N.º 046-98-CEP-CN e 047-98-CEP/CN de suspensão das minhas funções como Presidenta do Conselho Regional de Enfermeiras da Região II La Libertad e Ancash, a que foi anulada como antecedente pessoal e profissional pelo Poder Judicial mediante a Resolução N.º 16 do 25 de janeiro de 1999; desta maneira foi recuperado o reconhecimento das minhas funções no contexto institucional social. (Anexos Nº 1)

Nesse contexto, após a incorporação no cargo de Presidenta do Conselho Regional de Enfermeiras La Libertad e Ancash em 1999, assumia também a Coordenação Regional do Programa Administradora de Risco de Saúde Escolar da Região La Libertad, que em cada região do país encontrava-se dirigida por uma chefia regional denominada Coordenação. Esta chefia, na maior parte da República do Peru, esteve sob a responsabilidade de

profissionais médicos e poucas enfermeiras que desenvolvem quatro (4) funções principais, que são: administração do sistema de prestações de serviços; administração da compra e distribuição de medicamentos e insumos; pagamento de consultas de acordo com a produção, administração do sistema de informação, informática, comunicação e análise e de supervisão de pessoal e administração de recursos, neste caso de cada um dos 205 estabelecimentos de saúde, localizados na região La Libertad¹⁵.

O transporte no país é um grande problema, pois, para se chegar às citadas regiões, dependendo da localidade, pode-se usar diferentes meios, tais como: ônibus, avião e / ou cavalo. Nessas visitas, os profissionais têm a função de supervisionar e monitorar as ações definidas pelo Programa de ARSE, e pude observar que o pessoal de saúde era passivo, inseguro e centrava sua atenção na prescrição de tratamento medicamentoso, gerando um estigma que o escolar, ao apresentar o documento de certificação ao SEG, assinado pelo Diretor de Centro Educativo, sem um bom sistema de triagem no estabelecimento de saúde, recebe atendimento por qualquer membro de equipe de saúde, incluindo a enfermeira, com ajuda de um protocolo, que responde a denominação de Codificação Internacional de Doenças (CID). Dessa maneira, eles atendem a filosofia implícita da política

¹⁵ Inclui os meios geográficos de: a) a costa - localizada entre o Oceano Pacífico e a cordilheira dos Andes, desde zero até 500 metros ao nível do mar; b) a serra - meio dominado pela cordilheira dos Andes, desde 500 até 6768 metro ao nível do mar, e que pela falta de estradas para chegar às populações mais distantes tem-se que atravessar outros meios geográficos como a selva, que é constituída por montanhas com pouca elevação e com fortes erosões de correntes de águas.

curativa do Sistema de Saúde do Perú, ou seja, não realiza atividades preventivas e promocionais que a comunidade requer, como se pode evidenciar nos casos a seguir.

Nas visitas domiciliares aos escolares, verifica-se uma realidade não coerente com os objetivos de bem - estar e saúde, como, por exemplo, uma criança de 11 anos apresentou enurese noturna e foi medicada com um comprimido de diazepam de 10 mg cada noite e por três dias; outro caso foi o de uma família que tinha 10 filhos em idade escolar, destes foram atendidos cinco e a todos foram prescritos 21 comprimidos de amoxicilina de 500 ou 250 mg de acordo a idade.

Ao fazer uma análise da situação do primeiro caso, tratava-se de um escolar proveniente de uma família, de pais separados, a criança encontrava-se muito fragilizada emocionalmente, sensível, insegura e carente, necessitando de afeto.

Capra (1982, p.314), em sua concepção multidimensional, considera que a saúde envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes e que problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar de seu bom estado físico.

O 2º caso tratava-se de uma família que vivia em uma comunidade afastada da cidade, que foi atendida aproveitando a visita esporádica da equipe do Centro de Saúde. Os cinco filhos tinham dor de garganta naquele momento; e não tendo sido feita uma adequada avaliação, todos receberam igualmente amoxicilina para "cumprir" com o protocolo

estabelecido do SEG, sem a devida aplicação do critério profissional.

No momento dessa visita, só um escolar apresentava sintomas de doença, e encontrei mais de cem (100) comprimidos, com os quais a mãe não sabia o que fazer com eles, pois ela nunca teve muitos medicamentos juntos, e para agravar essa situação não se tinha um acompanhamento de controle de prescrições medicamentosas por parte da Instituição de Saúde (I.S.).

Naquela oportunidade, fiz uma observação detalhada dos registros de atendimento, a saber: prontuários, receitas e protocolos de atenção, nos quais encontrei falta de coerência entre os dados; as receitas sem identificação, a prescrição não correspondia ao protocolo, os prontuários dispunham de poucos dados nos quais evidenciava-se a falta de triagem, muitas crianças sem registro das medidas antropométricas e ausência da assinatura da pessoa que fez o atendimento.

Ao analisar os registros do atendimento do primeiro semestre de 2000, encaminhados a cada 15 dias ao escritório de ARSE, trazidos de cada I.S. da Região La Libertad, dos 100% de atendimentos pelo SEG, foram identificadas doenças transmissíveis, entre elas: de pele, digestivas, parasitárias e respiratórias num percentual de 8.5 %, 18 %, 19 %, 34 % respectivamente. Pode-se inferir que a maioria desses casos deriva do deficiente saneamento básico e carência de um plano de intervenção preventivo. Isso mostra a desconsideração por parte do sistema sanitário que

nos lineamentos não prioriza as necessidades preventivas promocionais e de saneamento básico da população, o que reforça a adoção de condutas erradas de saúde num contexto de crise política, econômica e social do país.

Numa análise mais objetiva, pode-se dizer que as crianças que mais procuram as instituições de saúde no primeiro semestre do ano 2001 estão na faixa etária de cinco a onze anos (5-11). Desses atendimentos, 21% não receberam tratamento e nem fizeram exames para ajuda no diagnóstico; pode-se inferir que eles não precisaram de atendimento por doença e sim atendimentos preventivos, que não podem ser registrados como atendimentos pelo SEG. Dessa forma, que na I.S. os objetivos não foram voltados para a educação e prevenção sanitária, e o mais lamentável é que se originou de uma informação mascarada sobre as incidências elevadas de doenças não diagnosticadas, por carência de um bom sistema de avaliação e devido ao que sintomas virais ou outros receberam tratamento curativo - medicamentoso no SIS/SEG.

Ao pesquisar sobre as coberturas da atenção preventiva, em que não existem registros de dados reais, pode-se supor que os escolares recebem tratamento farmacológico como medidas preventivas; há consultas repetidas com igual ou semelhante diagnóstico médico e alguns casos com diagnóstico real da doença, e que não recebem a prescrição indicada. Tudo os quais originaram os aspectos críticos do Programa ARSE como: a) o mau uso do SEG, que se

traduz em desconsideração da necessidade preventiva e informação sobre doenças não existentes; b) a taxa assegurada pelo tesouro público, para pagamento de atenções pelo SEG / SIS, não pode cobrir as quantidades incontáveis de informações sobre atendimentos errados por mês.

Os diretores ou chefes de cada estabelecimento de saúde são conscientes dessas situações e em alguns casos manifestam o interesse financeiro pelo pagamento por cada atendimento pelo SEG, diante da diminuição de taxa de recursos ordinários determinados por lei para o setor saúde, pois o pagamento por cada consulta é a única fonte de recurso para cobrir outras necessidades básicas do estabelecimento. Desse jeito, reforçam o critério de produção de serviços estabelecido verticalmente pelas políticas de saúde, cuja prática ficou muito longe dos conceitos de saúde.

Também foi possível observar que se oferecem atendimentos à criança sem a companhia dos pais, como foi relatado no caso de um escolar, ao qual indicaram para ingerir 21 comprimidos de um fármaco, via oral, e posteriormente à ingestão encontraram o escolar desmaiado, depois de ingerir todos os comprimidos de uma só vez. Considerando que o escolar deve ser orientado, para ser um agente de mudança, a meta social é contribuir na sua transformação também como agente sanitário, na sua comunidade; logicamente que isso representa um compromisso social com critérios de responsabilidade conjunta *Estado/Comunidade*.

Na realidade peruana, a maioria das crianças, em idade escolar, estudavam em Centros Educativos Estaduais, trabalhavam nas ruas e foram provenientes de famílias de pais desocupados, casais afastados de seus lares ou com doenças por álcool, drogas e com indicadores de violência e delinquência, manifestadas em grupos de crianças que tinham comportamentos sociais não aceitáveis. Outros indicadores dessa situação são a falta de afeto, de valores e de critérios em suas práticas integrais de saúde e de vida.

Os professores responsáveis pela formação educativa dos escolares e também os profissionais de saúde, como enfermeiras, médicos, entre outros, o salário que recebiam não satisfazia suas necessidades vitais mínimas e os incentivos financeiros do governo eram mínimos ou escassos. A Lei de Pagamento aos Professores N.º 26011, chamada de Cédula Viva, se encontra vigente desde o ano 1987 e ofereceu apenas um salário¹⁶ que não alcança o mínimo vital de acordo com capítulo XII, das remunerações da Lei e Regulamento do Professorado, e não garante sequer as necessidades mínimas para a sobrevivência.

Nesse contexto, os professores estão desmotivados, não têm capacidade de proposta e decisão e, ao dialogar com eles, observa-se ressentimento, queixas e protestos resultantes das condições de trabalho, sem uma providência educativa no sentido de melhor qualificá-los para os serviços à comunidade.

¹⁶ Salário mínimo vigente no Perú desde março do ano 2000 é de cento dezessete dólares americanos (\$117.14), equivalente a S/ 404.13 “novos sóis” (moeda peruana) e \$277.6 reais (moeda brasileira).

Ao analisar as funções profissionais, especialmente nos hospitais, foi observado que a enfermeira estava fazendo o registro de programas de saúde em vez de escrever os resultados de sua prática profissional, ela tinha muitas responsabilidades como gestora do cuidado dos serviços hospitalares, que complementou com funções de secretariado, em prejuízo de seu papel como cuidadora.

O atendimento de saúde ao escolar nessa situação limitou-se à administração de fármacos, aplicar vacinas, ações preventivas limitadas a frases verbais dando orientações gerais como qualquer outra pessoa. Ao perguntar a essas profissionais sobre o programa de SIS/SEG, elas manifestaram descontentamento ocasionado pelos conflitos com a família das crianças porque não têm como satisfazer plenamente as necessidades, contrariando a percepção da comunidade motivada pela mídia governamental.

Essas observações levam a questionar sobre os fatores que influenciam as enfermeiras a assumir determinadas funções na atenção ao escolar; e acredito que talvez isso se deva à política de saúde infantil que se encontra submetida ao controle do Estado, dentro de um contexto histórico, onde os interesses sociais, econômicos e políticos do governo vêm interferindo negativamente na assistência da saúde da criança. Mesmo assim, as atitudes das enfermeiras reproduziam o discurso político ideológico do Estado em relação à saúde da criança, sem uma reflexão crítica acerca das diretrizes traçadas para o

seu trabalho, e a assistência à criança decorre das inter-relações entre as diretrizes governamentais, o discurso do pessoal médico e das enfermeiras, bem como da prática cotidiana das enfermarias.

Por outro lado, a concepção do processo saúde-doença num contexto clínico - epidemiológico pode levar à confusão com a função da enfermeira, que é articulada pela sabedoria popular, permeada por padrões culturais e sociais.

Refletindo, o atendimento do escolar, em risco social, pela enfermeira é uma experiência inserida numa concepção da saúde dentro de uma reforma sanitária progressiva, na qual impera o pensamento tecnocrático, abrindo campo para a tecnologia na saúde e o enfoque do discurso da eficiência.

Acredito que é importante promover uma cultura da saúde como um fenômeno coletivo que tenha características estreitamente relacionadas com os grupos sociais. Contrariamente, os discursos que privilegiam as concepções dos profissionais no transcurso do dia a dia são: de participação comunitária, prevenção e a possibilidade de sua inserção nas políticas da saúde, como uma disposição a contribuir com a saúde da comunidade; a enfermeira está inserida nessas políticas, nos programas novos, dentro das estratégias propostas.

Essa atitude tem concordância com a definição de Thompson (1995, p. 358) que diz:

O mundo histórico é apenas um campo objeto que está ali para ser observado; ele é também um campo - sujeito que é construído em parte por sujeitos que, no curso rotineiro de suas vidas quotidianas, estão

constantemente preocupados em compreender a si mesmos e os outros, e em interpretar as ações, falas e acontecimentos, que dão em seu redor.

Essas reflexões baseadas nas observações clínicas e empíricas da atenção ao escolar através do SEG são fundamentadas no cotidiano vivenciado pela enfermeira e justificam esta pesquisa, quando se enfoca o processo de participação da mesma no SEG. A situação real demandada do SEG uma opção fundamental na política de saúde escolar da sociedade peruana quando se trata de escolares em risco, que não têm condições de vida saudáveis como alimentação, satisfação das necessidades básicas, educação para a saúde, entre outros. Por outro lado, essa criança e sua família, tem assegurada prioritariamente a administração gratuita de medicamento, numa política de saúde voltada para uma orientação epidemiológica e de combate à doença.

Com base no exposto, tracei as seguintes questões norteadoras:

Como as enfermeiras inseriram-se no SIS / SEG ?

De que forma as enfermeiras do Hospital participaram do SIS / SEG?

Dessa forma, para desenvolver este estudo, delimito como objeto: as estratégias das enfermeiras do Hospital na implementação do SIS / SEG, tendo como objetivos:

Descrever as atividades inerentes às enfermeiras no SIS / SEG;

Analisar as diferentes formas de atuação das enfermeiras no SIS / SEG;

Discutir as ações estratégicas das enfermeiras e suas implicações na implementação do SIS / SEG.

Relevância e Contribuição do Estudo

A implementação de novos programas de Política de Saúde, no Perú, no cenário mundial de regime neoliberal e de globalização excludente, exportada para a América Latina, em contexto de ajuste estrutural, trouxe graves prejuízos à maioria da população com uma denominação de Reformas de Saúde que Arroyo (2000, p. 29) a define como:

... Cambio sostenido y conciente para mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud. Llamamos "sector salud" a la totalidad de las políticas, programas, instituciones y actores que proven atención de la salud¹⁷.

A reforma em saúde no Perú não teve coerência com esta definição, pois a reforma foi desenvolvida mesmo numa maneira setorial; as pequenas mudanças não foram sustentadas, pois são executadas sem a conciliação dos critérios da equipe de saúde e sem o conhecimento e capacitação da mesma. Os delineamentos dos programas até agora não se ajustam à realidade da população e das instituições executoras, pois seus modelos são geralmente elaborados com experiências de países desenvolvidos e por um grupo de técnicos sem a participação de consultores ou instituições civis como os Conselhos Profissionais, especialmente das profissões de saúde;

muitos dos técnicos que formularam a reforma não conhecem os pormenores da prática e as dificuldades na implementação devido à insuficiência de recursos financeiros e de pessoal. Há falta de competências, de direcionamento e aprendizagem a partir dos erros; num círculo vicioso que se manifesta na indiferença dos trabalhadores e / ou conflito interno e externo das instituições.

Outro aspecto importante é que a reforma sanitária peruana se iniciou nos anos 90, num momento de crise e abertura das políticas populistas do Estado, no contexto de colapso operativo dos serviços públicos característicos daquele momento. Paralelamente se deu a diminuição do gasto social, que afetou o gasto público real em saúde, gerando assim um período longo, até agora, de reformas parciais lentas e com dificuldades.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPS), (1998, p. 3) apresenta a definição de ênfases de saúde que tem similitude com a citada definição de Arroyo, e se refere a:

(...) se trata de uma fase intensificada de transformação dos sistemas de saúde realizada durante um período de tempo e a partir de conjunturas que a justificam e viabilizam.

Refletindo, não se pode falar de transformação quando se propõem programas focalizados numa população carente das condições mínimas de satisfação das necessidades básicas, fortalecendo-se leis de assistência das doenças. No Perú, a fome e a

¹⁷ As citações de autores de idioma espanhol foram mantidas no original a fim de preservar as idéias.

falta de condições de vida adequados são a causa principal das doenças de toda índole que levam a população a uma situação de deteriorização física, moral, de identidade e o mais lamentável da condição mesma de ser pessoa, com capacidade mínima de optar que é sinônimo da liberdade, que todo ser humano deve herdar como direito principal.

Um problema estrutural dos países de América Latina é a insuficiência de fontes de financiamento da política social, seja a partir de contribuições da força de trabalho ou de uma arrecadação fiscal que possa sustentar a universalização da "seguridade social de saúde"; países como o Brasil tentam concretizar o Sistema Único de Saúde (SUS), mas a redução do gasto público em saúde e outros fatores determinaram que o SUS não alcança a concretizar o princípio básico pelo qual se constituiu: a garantia da equidade no acesso a toda população ARROYO (2000).

No caso do Brasil, a cobertura do sistema de seguridade social tem se ampliado de forma crescente, considerando as modificações constitucionais introduzidas no sistema previdenciário e de saúde a partir de 1988, e tem maior importância na América Latina considerando - se o tamanho da população brasileira, o que implica um volume considerável de beneficiários do sistema.

Esta cifra também se traduz em um número gigantesco de excluídos do sistema, que vai crescendo na medida que aumenta a crise econômica, trazendo implicações em termos de cobertura de serviços e benefícios de caráter universal. (TAVARES, 1998).

Nesse contexto, no Perú, no período de 1990 ao 2001, o atendimento em saúde foi através de seguros de saúde parciais para grupos específicos, o escolar. Em 1997, iniciou-se o SEG, seguido pelo Seguro Materno - Infantil (SIS) e o Seguro Universitário; após criaram-se outros, passando dessa forma da compensação social à modernização da gestão social, como início do projeto de seguridade universal individual por grupos programáticos de acordo com o critério social.

O financiamento da demanda através do SEG ampliou no início a cobertura e significou melhora do problema de falta de equidade para a população de 3 a 17 anos; parte das propostas iniciais da reforma foram postergadas, como qualificação de usuários por nível de pobreza para, assim, restringir o universo de usuários do subsídio estatal. O SEG significou um plano de atendimentos numa seleção de beneficiários, o que poderá definir-se como uma forma de populismo da reforma num contexto pré-eleitoral. Contrariamente a essa possível motivação política, e a criação do SMI. Isso foi uma maneira de aumentar a cobertura de atendimento, nos mesmos critérios do SEG, como plano piloto em determinadas regiões do Peru na gestão do governo de transição em 2000, com diferenças quanto ao SEG.

Com o governo de transição após o abandono do Presidente da República Fujimori, criou-se o Programa denominado "Unidade de Seguro Público" com R.M. n.º 398-2000-AS/DM, de 13/07/2001, da fusão do SEG e o Seguro Materno - Infantil. Com o governo do presidente Toledo, este programa foi incluído no novo

Programa criado com a R.S. n.º 445-2001- AS, de 31/10/2001, denominado “Seguro Integral de Saúde”. que na prática encontra-se em processo de implementação, cujo financiamento por níveis sociais está instituído como parte do direito do cidadão à segurança universal de saúde que determina o processo de inscrição e afiliação de todos os beneficiários do SEG e do SMI, que automaticamente passam a fazer parte do SIS¹⁸.

Os Programas da Política Nacional de Saúde, no Peru, são levados à prática de forma vertical, sem dar opção aos trabalhadores e à equipe de saúde de analisar, avaliar ou dar uma opinião sobre as possibilidades e limitações dos Programas. Quanto aos profissionais da enfermagem peruanos, são poucos os estudiosos que se dedicam a desenvolver pesquisas sobre a própria inserção da Enfermagem nesses programas. Pode-se destacar estudos desenvolvidos pelas enfermeiras numa forma dinâmica, dentro dos serviços, que revelam quantitativamente os impactos das campanhas de vacinação, mais orientado para enfatizar os processos no tocante aos percentuais das coberturas vacinadas.

Em outros países, no Brasil, por exemplo, há estudos sobre inserção da Enfermagem e da avaliação do impacto político-social dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil nos quais ressaltam que dois são os aspectos fundamentais identificados na elaboração desses programas nos anos de 1974, 1977 e 1984: o primeiro, o caráter vertical do programa, isto é, o fato

¹⁸ Diretiva n.º 003 – 2002/USIS – CG do MINSA.

de ter suas metas e normas decididas em nível central e por critérios técnicos em concordância com o modelo tecnocrata da administração brasileira daquela época, num modelo de atendimento que nem sempre correspondia à condição de saúde das populações assistidas; e o segundo é relacionado com os instrumentos de operacionalização do programa cujo manuseio requeria informações que os executores das atividades programadas não dispunham. (TYRRELL E CARVALHO, 1993).

É importante levar em conta que o SEG, como programa do Ministério de Saúde, em sua aplicação, abrange todos os membros da equipe de saúde, incluindo as enfermeiras. No princípio do processo de implementação, determinaram-se mudanças parciais ou totais dos processos do SEG em forma permanente, através de projetos pilotos como: sistema de informação, implementação e distribuição da logística, entre outros. Os projetos pilotos foram iniciados na Região de Saúde La Libertad, para logo serem operados em todo o país. Esta situação fomentou a rejeição e crítica do SEG, trazendo conflito entre os executores e supervisores, gerando na maioria das vezes descontentamento, intolerância, sobrecarga de funções e tarefas, às vezes perdas no tempo e no âmbito da autonomia profissional da Enfermagem para assim cumprir com as exigências próprias das limitações em sua organização.

A enfermeira, consciente e conhecedora do impacto de confusão a meu parecer negativo da gratuidade deste programa, principalmente para a população

pobre, a todo o momento preocupa-se em enfrentar a realidade das interações com as famílias dos escolares, os docentes de centros educativos e outros membros da equipe de saúde que tinham a responsabilidade direta na garantia de atendimento, para que a implementação do programa responda aos objetivos para os quais foi criado, ou seja, garantir uma boa atenção, abastecimento controlado das prescrições, entre outros.

Nesse sentido, a atuação da enfermeira contribui de fato com outros membros da equipe de saúde para a produção – reprodução da força de trabalho, bem como para aumentar sua produtividade, quanto a número de atendimentos por SIS/SEG; ela é consciente que não existe neste contexto a possibilidade de ter harmonia com a política geral de saúde, que brinde atendimento às maiorias, por ser setorial, más com a mudança do SEG para o SIS, levando a reforçar a concepção do profissional de Enfermagem como elemento passivo, receptor e cumpridor de ordens emanadas das instâncias de poder.

A família do assegurado, por não ter clara a finalidade real desse serviço, nesse processo, criou alternativas que determinam uma prática que se caracteriza por: realizar visita a Instituições de Saúde (I.S.), onde, por um lado, recebe um atendimento inadequado e, por outro, ela exige a prescrição por um direito adquirido que é relacionado a consulta na I.S., o que significa oferta de tratamento medicamentoso.

Neste caso, o programa de seguros de saúde não garantiu a saúde do escolar e da população, ao

contrário levou a confusão nos critérios de atendimento aos usuários colocando-os em risco permanente, e para o pessoal de saúde, especialmente a enfermeira, sobrecarregada em suas funções diárias, sem ter opção de colocar seu ponto de vista e até um desvio de atenção no processo de aprendizagem nesse momento.

Considerando a contradição do papel da enfermeira de agente controlador do serviço das I.S. e das políticas de saúde e a proposta da enfermeira de agente transformador, acredito na necessidade de a profissão consolidar sua posição na equipe de saúde, estabelecendo compromissos morais consigo mesma e com a sociedade, o que se torna muito difícil pelas diferenças entre a prática institucional e a prática desenvolvida pelas enfermeiras.

A implementação de novos programas de Política de Saúde, no Perú, no cenário mundial, tem-se caracterizado por uma globalização excludente e de exportação de um modelo para a América Latina visando mais o ajuste estrutural e trazendo graves prejuízos à maioria da população através de falsas reformas que não têm compromisso com a finalidade de assegurar a vida e/ ou a saúde.

Sobre essas reflexões quase não existem estudos realizados por enfermeiras peruanas, o que justifica a apresentação desta proposta de pesquisa nos seguintes termos: como início de reflexão acerca das políticas e programas em geral e em especial da criança, de saúde oferecidos à comunidade peruana, a partir dos questionamentos das enfermeiras, em

relação a sua prática profissional; como ponto de partida de outros estudos que configurem linhas de pesquisa que deverão atentar para as discussões conceituais e pragmáticas da inserção da enfermeira e da população e, especialmente dos escolares, das famílias e dos profissionais da saúde nos programas de saúde. O foco de estudo está centrado no trabalho da enfermeira como agente transformador em benefício da saúde, e pretende contribuir para o conhecimento dos princípios de construção da sua prática, visando a possível teorização.

Mesmo assim, este estudo servirá como o início de entendimento do Estado - população - sociedade nas relações de dominação-subordinação entre as diferentes categorias da equipe de saúde e, em destaque, da Enfermagem na elaboração de proposta de mudança da implementação das ações voltadas especificamente para a saúde do escolar nos reais contextos sociais; na promoção duma atitude de compromisso crítico das enfermeiras nas escolas, para elaborar uma proposta teórica orientada para a prática assistencial, em relação aos programas e políticas governamentais.

Dessa forma, este estudo pode contribuir na área da assistência para incentivar uma postura crítica diante das decisões políticas governamentais em saúde; na área de ensino, na procura de uma atitude de compromisso crítico e de proposta teórica à prática em respeito aos programas e políticas de saúde; e na área de pesquisa, como subsídio para estudos em níveis local, nacional e internacional gerando novos

conhecimentos sobre a política de saúde escolar no Perú.

O referencial teórico do presente estudo é de perspectiva dialética e tem como base as discussões de ideologia e de cultura desenvolvidas por Thompson (1995) e Geertz (1989).

John Thompson é um dos analistas mais engenhoso do papel da comunicação de massa em relação à cultura moderna e é um estudioso das relações entre o público e o privado na política, professor e pesquisador da Universidade de Cambridge, Inglaterra, e interlocutor mais importante de língua inglesa, de Habermas e Bourdieu, além do presente livro, "Ideologia e cultura moderna" possui mais dez em diversas línguas.

Clifford Geertz é um dos mais originais e estimulantes antropólogos de sua geração, destacado proponente do movimento intelectual para revigorar o estudo da cultura como sistema simbólico.

Thompson tem uma argumentação que a mediação da cultura é uma característica constitutiva fundamental das sociedades modernas, num processo de surgimento do Estado moderno e a conseqüente emergência de movimentos políticos de massa com o objeto de exercer influência sobre as instituições políticas, junto com a crescente participação nessas instituições.

A análise da ideologia de hoje apresenta quatro teses, que fornecem um conjunto de orientações teóricas para a orientação para sua análise, e são:

a) deve conceder um papel central à natureza e ao impacto da comunicação de massa, embora tal comunicação não seja o único local da ideologia, hoje em que a experiência cultural é profundamente moldada pela difusão das formas simbólicas através dos vários meios de comunicação de massa. Pode-se analisar a ideologia em função das maneiras como o sentido presente nas formas simbólicas serve para estabelecer relações de dominação e reconhecer que, nas sociedades caracterizadas pelo desenvolvimento da comunicação de massa, a análise da ideologia deve interessar fundamentalmente pelas formas simbólicas transmitidas pelos meios técnicos dessa comunicação, não só como canais de difusão e circulação, mas, também, com os mecanismos que criam novos tipos de ação e interação num contexto, novos tipos de relações sociais que se difundem no tempo e espaço;

b) o desenvolvimento da comunicação de massa aumenta significativamente o raio de operação da ideologia, nas sociedades modernas, pois possibilita que as formas simbólicas sejam transmitidas para audiências extensas e potencialmente amplas que estão dispersas em tempo e espaço;

c) no caráter ideológico da comunicação de massa, deve-se analisar a relação entre os contextos e os processos específicos, que são apropriados pelos indivíduos;

d) os vários meios de comunicação de massa e a natureza das quase interações que esses meios possibilitam e mantêm, definem parâmetros amplos

dentro dos quais as mensagens assim transmitidas adquirem um carácter ideológico, mas tais mensagens não se constituem como ideológicas (THOMPSON, 1995, p. 341 – 347).

A ideologia enfatiza que os indivíduos podem aprofundar a compreensão de si mesmos e dos outros e que podem, a partir dessa compreensão, agir para mudar as condições de vida, “considerando a análise crítica da ideologia como uma fase entre a dominação e ação, entre o estabelecimento e reprodução das formas de dominação e processo de auto - reflexão crítica que pode capacitar aos indivíduos a questionar essas formas, de outras” (THOMPSON, 1995, p. 347)

Os questionamentos entre os indivíduos são formas de conflito num movimento dinâmico histórico, que apresenta carências que dão lugar a uma oposição, que gera um conflito interno que só é superado com a conciliação dos pensamentos, num plano superior que é a aproximação da verdade contida nas primeiras posições que novamente vai ser um novo motivo de conflito, conformando-se assim um processo de desenvolvimento intelectual-histórico, numa realidade absoluta de evolução própria.

Nos estudos de Kosik (1995. p. 13-14), o autor define este processo como:

A atitude primordial e imediata do homem em base na realidade... é de um ser que age objetiva e praticamente, de um individuo histórico que exerce a sua atividade prática no trato com a natureza e com outros homens, tendo em vista a consecução dos próprios fins e interesses, dentro de um determinado conjunto de relações sociais. Por tanto a realidade...,

apresenta-se como o campo em que se exercita a sua atividade prático-sensível, sobre cujo fundamento surgirá a intuição prática da realidade.

O presente estudo pode ser articulado com esses conceitos pela natureza como o SEG, hoje reformulado, existiu num contexto de difusão massiva através dos meios de comunicação de massa, que no ano de 1997, esteve sob controle do governo, onde a imprensa converteu-se no quarto poder do governo, e que durante muito tempo não precisou do voto direito para exercer autoridade legítima.

Vale destacar o papel importante da televisão, do rádio e do jornal como meios, ajudados pela tecnologia da fome, confundindo os reais objetivos sociais da comunicação massiva com o “politiqueiro”; pois analisando só num sentido, a população não tinha a possibilidade de avaliação instantânea das supostas verdades e notícias, fazendo ter valor a expressão: “difama, difama que algo quebrará”¹⁹.

A imprensa foi um formador efetivo das percepções subjetivas instantâneas da população, mostrando na televisão: doença, escândalo, sexo e miséria humana, numa carreira desesperada para ser a primeira do *ranking* e para que o povo tire suas próprias conclusões, numa sutil manipulação inquestionável. Por outro lado, apareceram os programas sociais como SEG, num contexto político mais proteção social, do qual fui coordenadora regional durante dois anos,

¹⁹ Esta expressão significa que o governo se utilizou dos meios de comunicação para fazer propaganda de suas metas.

sendo que em um ano paralelamente na administração no Conselho Regional de Enfermagem.

Nesse espaço, pude avaliar os tipos de comunicações a comunidades dirigidos, vindos do nível central para serem difundidas pela imprensa, que tinha uma difusão a populações mais pobres para que gozem da gratuidade do programa, como o discurso: “con el SEG curas a tus hijos sin gastar”, através do rádio, televisão, cartéis, panfletos, entre outros (Anexo 2). Ocorria uma entrevista semanal pela rádio para divulgar o SEG, e as gravações eram enviadas para a direção geral do SEG para uma avaliação quanto ao conteúdo das mensagens que foram transmitidas à população.

Diante do conflito permanente quanto às disposições de nível central e a consciência crítica da minha função frente à realidade, procurei, muitas vezes, fazer o esclarecimento das minhas percepções profissionais à comunidade que tinha muitas dúvidas e conflitos, seja nas reuniões com os professores das escolas que viam na minha presença uma figura em defesa da ideologia do governo e tinham suas próprias dúvidas e incompreensões diante das incoerências de suas limitações e as mensagens da mídia, ou nas minhas visitas às I.S. em que as limitações das enfermeiras geravam rejeições por desconhecimento do programa que a cada dia era reformulado.

Isto motivou a decisão de dar à minha gestão uma orientação de identidade nacional e meu próprio posicionamento quanto ao esclarecimento que o financiamento do SEG que é um direito legítimo

oriundo dos fundos do tesouro público. Esta proposta gerou uma situação de incompatibilidade e conflito permanente com os dirigentes da região de La Libertad, mas não com o nível central nem com o pessoal das I.S. pela demonstração de trabalho humano, responsável e sustentável da equipe do ARSE nessa região. Todos os programas pilotos foram executados para depois serem avaliados em nível nacional; mesmo assim não duvidei na minha primeira oportunidade de realizar este estudo visando à contextualização deste problema permanente de dominação e poder nos programas de saúde no Perú.

Kosik (1995, p. 13-14) ressalta que o complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana penetram na consciência dos indivíduos agentes com regularidade, imediatismo e evidência, assumindo um aspecto independente e natural, que constitui o mundo da pseudoconcreticidade. A ele pertencem os mundos de fenômenos externos, que se desenvolvem à superfície dos processos realmente essenciais; o mundo do tráfico e da manipulação, isto é, da prática fetichizada dos homens; o mundo das representações comuns, que são projeções dos fenômenos externos na consciência dos homens; e o mundo dos objetos fixados, que dão a impressão de ser condições naturais e não imediatamente reconhecíveis como resultados da atividade social dos homens.

O fenômeno indica, revela a essência e, ao mesmo tempo, a esconde, é algo que não é ele mesmo e vive apenas graças ao seu contrário; a essência se

manifesta no fenômeno, de modo inadequado, parcial ou apenas sob certos ângulos e aspectos, revela seu movimento demonstrando que não é inerte nem passivo, ele se dá de uma maneira mediata ao fenômeno e se manifesta em algo diferente daquilo que é (KOSIK, 1995).

A característica principal da era moderna, e que se constituiu na força propulsora das sociedades, foi o desenvolvimento do capitalismo industrial na busca de novos mercados e suas relações de classes exploratórias.

A dialética nos estudos de Kosik (1995,p.18) é analisada para sua definição como:

... trata da "coisa em si" a estrutura da coisa ... o homem, já antes de iniciar qualquer investigação, deve possuir uma segura consciência de fato de que existe algo susceptível de ser definido como estrutura da coisa, essência da coisa, "coisa em si" e que existe uma oculta verdade da coisa, distinta dos fenômenos que se manifestam imediatamente... o conceito da coisa é compreensão da coisa, ... conhecer-lhe a estrutura. A dialética não atinge o pensamento de fora para dentro, nem de imediato, nem tampouco é uma de suas qualidades; o conhecimento é que a própria dialética é uma de suas formas; o conhecimento é a decomposição do todo. O conceito é de "abstração" , em uma concepção dialética, tem o significado de método que descompõe o todo para poder reproduzir espiritualmente a estrutura da coisa, e por tanto compreender a coisa.

IDEOLOGÍA

A concepção da ideologia, proposta por Thompson (1995), está relacionada com o significado das formas simbólicas, que são mobilizadas servindo e contribuindo para o estabelecimento e sustentação das relações de poder, entre os grupos ou as pessoas de uma determinada realidade social.

A ideologia é definida por Thompson (1995, p.96) numa concepção alternativa, crítica, como:

“...as maneiras como o sentido é mobilizado a serviço dos grupos dominantes, isto é, as maneiras como o sentido é construído e transmitido pelas formas simbólicas e serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações sociais estruturadas, das quais alguns indivíduos e grupos se beneficiam mais que outros e que alguns indivíduos e grupos têm um interesse em preservar, enquanto outros procuram contestar”.

O analista mergulha no campo do sentido de poder da interpretação, e da contra -interpretação onde o objeto de análise é uma arma empregada numa batalha que se trava no terreno dos símbolos e dos signos; as formas simbólicas nessa concepção são entendidas como uma expansão de ações, falas, imagens, textos e gestos que são tanto produzidos quanto recebidos por sujeitos que reconhecem como pressupostos significativos, inseridos num contexto social (THOMPSON, 1995).

De acordo com o citado autor, essas formas simbólicas são consideradas ideológicas se estiverem relacionadas para servirem e manterem relações de dominação, ou seja, relações de poder assimétricas.

Aqui, toda forma simbólica tem um poder de valorização, sendo então considerada como fenômeno significativo.

O processo de transmissão desses fenômenos significativos ocorre através de três vias de comunicação: a) o meio técnico pelo qual a forma simbólica é produzida e transmitida, o que permite um certo grau de fixação e reprodução de conteúdo das formas simbólicas; b) o aparelho institucional que garante o seu desenvolvimento; e c) o distanciamento espaço - temporal de sua criação à recepção (THOMPSON, 1995, p. 24).

Numa correlação dos aspectos mencionados com o objeto de estudo, o SEG poderia ser um objeto manufaturado ou artefato que é utilizado nas políticas de saúde também como um meio técnico em uma extensão institucional que, neste caso, se refere ao Ministério da Saúde, onde o meio será desenvolvido, mantendo a distância espaço - temporal de sua produção original, ou seja, a política de saúde como orientação da reforma de saúde, o que traduz que: "a ideologia pode ser operacionalizada através de alguns *modus operandi*, os quais estão ligados a estratégias de construção simbólica" (THOMPSON, 1995).

As características nos conteúdos das mensagens veiculadas, neste caso para entender o foco deste estudo que são as estratégias das enfermeiras no SIS/SEG, levam em consideração que o contexto político - governamental do Perú se caracterizou pela divulgação em todos os meios de comunicação de uma ideologia carregada de uma cultura de

comunicação de uma só mão, a ser discutida neste estudo.

As estratégias consideradas como maneiras para se atingir os modos de operacionalização da ideologia são cinco e denominam-se de: *legitimação*, *dissimulação*, *verificação*, *fragmentação* e *reificação*.

A *legitimação* é uma estratégia em que as relações de dominação são consideradas legítimas, ou seja, dignas de serem apoiadas, e que dispõem de estratégias relacionadas à: a) racionalização, em que o produtor e forma simbólica constróem uma cadeia de raciocínio que procura defender, e com isso persuadir do que é digno de apoio social; b) universalização como acordos institucionais, que servem aos interesses de alguns indivíduos e são apresentados como servindo aos interesses de todos; c) narrativização, através das formas simbólicas que são inseridas historicamente e que constróem a história passada e tratam o presente como parte de uma tradição eterna e aceitável (futuro).

Nessa abordagem conceitual, a *dissimulação* é uma estratégia que define que as relações de poder, para serem efetivadas, são negadas, ocultadas ou são desviadas da atenção das pessoas e/ou processos existentes e utilizam três ações estratégicas. A primeira refere-se ao deslocamento, em que as formas simbólicas são costumeiramente usadas para se referir a um determinado objeto ou pessoa, é usado para se referir ao outro, e com isso as conotações positivas ou negativas do termo são transferidas para o outro

objeto ou pessoa; a segunda é a *eufemização* que se relaciona à mudança de sentido das ações, instituições ou relações sociais que são descritas de modo a despertar uma valorização positiva em um sentido que é figurativo das formas simbólicas, no sentido de dissimular as relações de poder.

A terceira forma de operacionalizar a ideologia é a *unificação* nas relações de dominação, que são entendidas por meio da construção de um nível simbólico que une os indivíduos, participantes dessa relação, numa coletividade, independente das diferenças existentes entre eles. Objetivam-se através de suas ações estratégicas de: a) padronização, onde as formas simbólicas são adaptadas a um referencial padrão que é proposto como um fundamento partilhado e aceitável de troca simbólica; b) a simbolização da unidade que envolve a construção de símbolos de unidade de identidade e de identificação coletivas que são difundidas através da pluralidade de grupos.

Na *fragmentação*, as relações de poder não unificam as pessoas numa coletividade, ao contrário separam-nas dos indivíduos que possam representar ameaças aos grupos dominantes e abrange duas ações estratégicas: a) diferenciação, as formas simbólicas são enfatizadas nas distinções, diferenças e divisões entre pessoas e grupos, apoiando as características que os desunem e os impedem de construir um desafio efetivo às relações existentes; e b) expurgo do outro, envolve a construção de um inimigo, interno ou externo, que é retratado como ameaçador, e contra o qual os

indivíduos são chamados a resistir coletivamente ou expurgá-lo.

O último modo de operacionalizar a Ideologia é a *reificação*²⁰; aqui as relações de dominação são estabelecidas e sustentadas, reproduzindo uma situação de uma maneira natural, excluindo seu caráter social e histórico e compreende três ações estratégicas que são: a) *naturalização* apresentada como um estado de coisas que diz respeito a uma criação histórico - social, pode ser tratada como um acontecimento natural ou como um resultado inevitável de características naturais; b) *eternização* em que os fenômenos sociais históricos são esvaziados de seu caráter histórico ao serem apresentados como permanentes, imutáveis, ou recorrentes; c) *normalização*, quando as sentenças ou parte delas, descrições de ações e dos participantes nelas envolvidos, são transformados em nomes; d) *passivação*, que ocorre quando os verbos são colocados na voz passiva.

Thompson (1995, p. 363) reformula o conceito da ideologia com certa precisão, associada com a teoria crítica e ressalta:

Ao focalizar nossa atenção, nas inter-relações entre significado e poder, nas maneiras pelas quais, as formas simbólicas podem ser usadas para estabelecer e sustentar relações de dominação, a análise da ideologia assume um caráter crítico, ela levanta novas questões concernentes aos usos das formas simbólicas e às relações entre interpretação, auto – reflexão e crítica.

²⁰ No processo de alienação, o momento em que a característica de ser de uma coisa torna-se típica da realidade objetiva.

Essa concepção de ideologia pode ser integrada num referencial teórico que focaliza a natureza das formas simbólicas, as características dos contextos sociais, a organização e a reprodução do poder e da dominação e mostra como o fenômeno da ideologia adquire um novo horizonte e complexidade, quando se torna parte da circulação amplificada das formas simbólicas ocasionada pela mediação da cultura moderna e reboa um referencial metodológico onde a análise crítica da ideologia pode ser realizada concretamente como parte de um enfoque interpretativo no estudo das formas simbólicas contextualizadas (THOMPSON 1995).

Contra o pano de fundo da mediação da cultura moderna, Thompson (1995) revalida o que está implicado na análise e na crítica da ideologia. A crítica da ideologia sempre foi uma preocupação central da teoria crítica, pois o conceito de ideologia foi empregado de maneira tão difusa nos últimos anos e foi criticado fortemente em certos setores que perdeu parte de sua utilidade analítica e de sua força teórica.

As idéias de Thompson (1995) foram assim sintetizadas:

Ideologia: Thompson 1995

Argumentação: referida à mediação da cultura que é fundamental nas sociedades modernas.

Teses:

O sentido presente nas formas simbólicas e estabelece relações de **dominação e poder.**

Raio de operação maior para **audiências externas** **amplas dispersas** em tempo e espaço.



Contextos e processos específicos apropriados que as recebem.

Interações de meios de comunicação de massa **definem parâmetros ideológicos.**

Análise crítica, fase entre a:



Mediação da cultura.



Processo de **auto-reflexão crítica:** questionamento.

Questionamento: entre os indivíduos, como formas de conflito, num movimento histórico, cujas carências dão lugar a uma oposição, que gera conflito interno que só é superado com a conciliação dos pensamentos: aproximação da verdade, motivo de novo conflito, desenvolvimento intelectual histórico da realidade social.

Transmissão do fenômeno significativo:

- Meio técnico
- Aparelho institucional
- Distanciamento espaço - temporal

SIS/SEG:

Artefato (objeto manufaturado)

MINSA:

Extensão institucional

Políticas de Saúde – reformas: Ideologia



Povo: recebe de uma só mão.

Modus Operandi: com estratégias

- ✓ **“Legitimação”:** Digno de apoio social (racionalização, universalização, narratização).
- ✓ **“Dissimulação”:** Relações de poder desviadas da atenção. Deslocamento, Efeminação. Tropo (sinédoque, metonímia, metáfora)
- ✓ **“Unificação”:** Relações de dominação entendidas como construção de um símbolo. (Estandardização, Simbolização da unidade)
- ✓ **“Fragmentação”:** Relações de poder separam os indivíduos que representam ameaça (Diferenciação, Expurgo de outro).
- ✓ **“Reificação”:** Relações de dominação dada de forma natural, a – histórica (Naturalização, Eternalização, Normalização, Passivação).

CULTURA:

Refere-se a uma variedade de fenômenos e a um conjunto de interesses que são hoje compartilhados por estudiosos de diversas disciplinas desde a sociologia e antropologia até a história e a crítica literária. Este é um conceito que possui uma longa história própria e o sentido atual é produto dessa história.

A cultura, na concepção antropológica de Geertz (1989) que é assumida neste estudo; é essencialmente semiótica, em que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu; assumindo a cultura dessas teias e a sua análise como uma consciência interpretativa à procura do significado.

Geertz (1989, p. 21 - 23) ressalta que: "a cultura está localizada na mente e no coração dos homens; a cultura é pública porque o significado é público; a cultura consiste em estruturas de significado socialmente estabelecidas"

Em sua obra *A Interpretação da cultura*, na formulação do conceito de cultura, na tentativa de lançar a interpretação antropológica e alcançar uma imagem mais exata do homem, Geertz (1989, p. 56) propõe duas idéias; a primeira: a cultura é vista como um conjunto de mecanismos de controle – planos, receitas, regras, instruções – para governar o comportamento; e a segunda: o homem é o animal mais desesperadamente dependente de tais

mecanismos de controle, de tais programas culturais, extragenéticos; para ordenar seu comportamento.

De tais reformulações do conceito de cultura e do papel da cultura na vida humana, surge a definição do homem que enfatiza os mecanismos, através de cujo agenciamento a amplitude e a determinação de suas capacidades inerentes são reduzidas à estreiteza e especificidade de suas realizações (GEERTZ, 1989).

A perspectiva da cultura como “mecanismo de controle” inicia-se como o pressuposto de que o pensamento humano é basicamente tanto social como público – que seu ambiente natural é o pátio familiar, o mercado e a praça da cidade; o autor define o pensar como um tráfego entre símbolos significantes – as palavras; também os gestos, desenhos, sons musicais, artifícios mecânicos como relógios, ou objetos naturais como jóias, qualquer coisa que esteja afastada da simples realidade e que seja usada para impor um significado à experiência.

Tais símbolos são dados que ele encontra já em uso corrente na comunidade quando nasce e eles permanecem em circulação depois de sua morte; enquanto o indivíduo vive, ele se utiliza deles; mas sempre com o mesmo propósito: para fazer uma construção dos acontecimentos através dos quais o indivíduo vive, para auto – orientar – se no curso corrente das coisas experimentadas (GEERTZ, 1989).

A cultura, e a totalidade acumulada de seus padrões não são apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela – a principal base de sua especificidade. As evidências mais

reveladoras que apóiam tal posição provêm de avanços recentes na compreensão de Geertz (1989, p. 581) daquilo que costumava ser chamado a descendência do homem; o autor faz relevância a três avanços:

... “a) descartar de uma perspectiva seqüencial das relações entre a evolução física e o desenvolvimento cultural do homem em favor de uma superposição ou uma perspectiva interativa; b) a descoberta de que a maior parte das mudanças biológicas que produziram o homem moderno, a partir de seus progenitores mais imediatos, ocorreu no sistema nervoso central, especialmente no cérebro; c) a compreensão de que o homem é em termos físicos um animal incompleto, inacabado”.

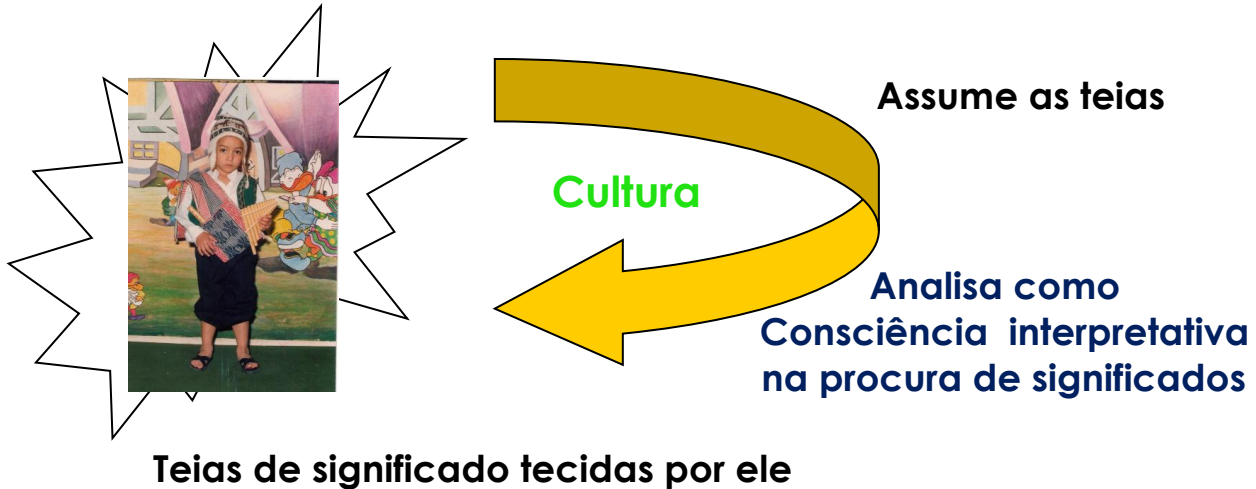
Esta definição de totalidade ou universo poderia aproximar-se nas significações transmitidas pelos símbolos, mas não encaixa na realidade peruana por ser uma sociedade complexa onde existe desigualdade social com uma hegemonia de organização ideológica do campo das significações, e onde esta organização é sempre questionada de maneira que a cultura é um campo onde se exerce ao mesmo tempo a dominação e a resistência. Nessa realidade, a cultura do Perú está composta de crenças, normas e ritos no subjetivo que dá sentido à vida das pessoas; e que orientam seus impulsos, pois a população em sua individualidade está sujeita a mandatos sociais com muita sensibilidade de internalizar e assumir os discursos que dão significação e sentido a sua vida, mesmo assim em sua dinâmica afetiva pode resistir-se aos imperativos culturais, por sua capacidade de reflexão que tem um significado de

contestação numa maneira criativa e não prevista diante dos processos sociais e circunstâncias onde ele é um sujeito ativo.

Nos estudos sobre fontes sociais e conseqüências da ideologia citada por Geertz (1989), o conceito de ideologia está ligado a um mecanismo desenvolvido de análise do sistema social-e-de-personalidade, cujo próprio poder serve apenas para enfatizar a falta de um poder semelhante no lado cultural (isto é, no sistema simbólico). Suas idéias foram assim sintetizadas:

Cultura: Concepção Antropológica de Geertz 1989

É **semiótica** (estudo dos significados)



Pensar: tráfico de símbolos significativos usados para impor significado às experiências.

Símbolos: dados que encontra quando nasce e circulam depois da sua morte.



Para governar o comportamento, o homem é dependente de tais mecanismos de controle, extragenéticos, de tais programas culturais para ordenar seu comportamento.

A ideologia ligada à análise do sistema social e sua personalidade: exerce poder num contexto cultural

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que Minayo (2000, p. 10-13) define como:

... aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, como inerentes aos atos, às estruturas sociais no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas ... aprofunda o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de uma forma parcial e inacabada ... consagra uma imprecisão, uma dificuldade histórica das teorias de se posicionar gente à especificidade social.

No campo da saúde, o debate do qualitativo não constitui uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social; a problemática teórica e metodológica está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte.

Minayo (2000) enfatiza que a especificidade no campo da saúde é dada pelas reflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e clientela dos sistemas de saúde; fatores que precisam ser estudados na presente investigação. A autora (p.13) considera dentro desse caráter peculiar sua abrangência multidisciplinar e estratégica, e ressalta:

“O reconhecimento do campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos, integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste

sentido requer como essencial uma abordagem dialética que, compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente".

A referida autora faz uma reflexão a respeito da compreensão deste espaço de pesquisa que não se resolve por meio de um domínio técnico, é preciso ter uma base teórica para poder olhar os dados dentro de um quadro de referências que nos permitam ir além do que simplesmente está sendo mostrado, mesmo assim se faz necessário um compromisso teórico - metodológico que nos permita a reformulação dos caminhos da pesquisa, através das descobertas de novas pistas.

O estudo qualitativo tem uma abordagem sistemática, subjetiva, e é usado para descrever as experiências de vida e dar-lhes significados, como é o caso desta pesquisa, especialmente pelas ciências sociais, comportamentais e pela enfermagem.

Nessa abordagem, o pesquisador foi parte do estudo e a sua subjetividade foi essencial para a compreensão das experiências humanas, conduzindo para gerar conhecimentos concernentes aos significados e descobertas; e utilizando predominantemente o raciocínio indutivo, na busca dos significados.

Koisumi (1992, p.34) a respeito da pesquisa qualitativa, considera que:

O pesquisador neste processo usa sua personalidade o que é considerado como um fator chave. A intuição e a empatia são usadas deliberadamente e estas habilidades são cultivadas. Ele deve estar envolvido

com as experiências do sujeito a fim de interpretá-lo; deve permanecer aberto às percepções dos mais do que tentar compor o significado pelas suas próprias experiências.

Triviños (1995, p.125), ao discorrer sobre a pesquisa qualitativa, destaca que:

... " o enfoque histórico - estrutural para nossa realidade social, empregando o método dialético, é capaz de assinalar as causas e as conseqüências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas qualidades, suas dimensões quantitativas, se existem, e realizar a través da ação um processo de transformação da realidade que interessa".

Ainda, Bogdan e Biklen (1994, p. 47-51) discutem o conceito de pesquisa qualitativa apresentando cinco características básicas que configurariam esse tipo de estudo, que são:

"a) a pesquisa qualitativa tem um ambiente natural como sua fonte direta de dados, e o pesquisador como seu principal instrumento; b) os dados coletados são predominantemente descritivos; c) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; d) os significados que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; e) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo".

Vale ressaltar que o desenvolvimento desta pesquisa foi feita nos espaços de atendimento do SIS / SEG, com consentimento da referida Instituição. A pesquisa, foi precedida de uma autorização do Diretor do Hospital (Anexos Nº 3)

O cenário do estudo é um Hospital do nível III de atendimento, que oferece cobertura de atenção ao povo da cidade mesma e dos "assentamentos

humanos" (favelas e/ou bairros urbano – marginais) que são locais que não dispõem das mínimas condições de infra-estrutura básica, com população na maioria em precária condição de vida e estão localizados em uma área geográfica perto do centro da cidade, sem um plano de urbanização metropolitano.

Nessa perspectiva, o hospital é um estabelecimento de saúde de referência, pela sua história de instituição beneficente, sendo o mais procurado na região, onde sempre recebem as crianças mais pobres, que não são atendidas em outros hospitais, bem como de outras I.S. O SEG, posteriormente denominado SIS, se iniciou numa forma paralela em todas as I.S. do MINSA, apresentando uma das maiores coberturas de atendimento da região, nesse momento como SIS.

Este hospital encontra-se localizado numa região onde existem algumas indústrias, contudo o desenvolvimento econômico - social é baixo. A região caracteriza-se por ter níveis altos de analfabetismo e desnutrição, bem como indicadores sociais de violência acrescidos de altas taxas de morbi – mortalidade infantil, materna e perinatal.

Os sujeitos do estudo são (07) sete enfermeiras, (01) um médico auditor do SIS / SEG no Hospital, que atenderam nessa época os escolares no escritório do SIS / SEG, no serviço de emergência, nas consultas ambulatoriais e nas enfermarias de pediatria do referido hospital. Tomando como base os dados de registro da seção de pessoal da instituição, são sete

enfermeiras que participaram da implementação do SIS / SEG desde o início.

Os procedimentos metodológicos do estudo são: a entrevista semi - estruturada e a observação participante. Em relação à entrevista semiestruturada, Triviños (1995 p.146) ressalta que:

É aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e ... que interessam à pesquisa, e que em seguida oferecem amplo campo de interrogativas ... que vão surgindo à medida que se recebe a resposta do informante quem segue a linha de pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador. Os questionamentos são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive, realizados na escolha de pessoas que serão entrevistadas.

Triviños (op.cit) destaca que a entrevista semi - estruturada valoriza a presença do pesquisador, o que favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua aplicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de uma situação específica como de situações de dimensões maiores, em que os instrumentos de coleta de dados são a teoria em ação, que apoia a visão do pesquisador.

Lüdke e André (1986, p. 34 - 35) assinalam que a entrevista semiestruturada:

Desenvolve-se a partir de um esquema básico, não aplicado rigidamente, permitindo que o investigador faça as necessárias adaptações ... ao lado do respeito

pela cultura e pelos valores do entrevistado. O entrevistador tem que desenvolver um grão capacidade de ouvir ... esse respeito envolve desde um local e horário marcados e cumpridos de acordo a sua conveniência até a perfeita garantia do sigilo e anonimato, em relação ao informante.

Os autores anteriores corroboram Minayo (2000, p.108) a respeito da entrevista semi - estruturada, que é o procedimento mais usual no trabalho de campo, que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

A discussão do campo conceptual da entrevista como técnica de coleta de informações foi amplo e contempla questões que vão desde a fidedignidade do informante ao lugar social do pesquisador, respeitando o sigilo e anonimato.

Minayo (2000, p.109) centra o tema em dois aspectos que levam "a coleta de dados para a arena dos conflitos e contradições", que são:

... a) o status da palavra, da fala individual como reveladora dos códigos e sistemas e valores contraditórios; b) a discussão do caráter da interação social que está em jogo na relação pesquisador / pesquisado. Este ponto traz luz sobre as implicações sócio-políticas, culturais e ideológicas de uma prática social que pretende ter critérios de objetividade.

Ainda para autora (op. cit., p.112-115), os aspectos do intercâmbio pesquisador / pesquisado devem tomar em conta os seguintes aspectos:

a dessimetria em suas posições para ser compreendida e assumida criticamente em todo o processo de construção do saber, que inclui a questão de saúde. O impacto resultante do pertencimento a outra classe, que se concretiza nas experiências sócio culturais e ate conflitante, é um dado condicionante da pesquisa, junto com todos os outros fatores que acompanham qualquer uma de suas fases.

A entrevista individual entendida como uma conversa entre duas pessoas, com propósitos bem definidos; caracterizada pela coleta de informações sobre um determinado tema; obtendo dois tipos de dados: a) objetivos, que foram obtidos através de fontes primárias como os livros de registro geral de escolares que receberam atendimentos, os documentos provenientes do nível central, estatísticas dos atendimentos SIS / SEG, as disposições, as resoluções, as diretivas, os delineamentos, entre outros, emitidos pelo MINSA, e as normas e rotinas da instituição; e b) subjetivos, que estão relacionados aos valores, atitudes e às opiniões das enfermeiras entrevistadas.

A informação não estruturada, para MINAYO (2000, p.122), tem vários objetivos, que são:

... a) a descrição do caso individual; b) a compressão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; c) a comparabilidade de diversos casos. Procura atingir essas metas, tentando manter movimentações amplas das informações, informais, e abertas onde o entrevistador se libera de formulações prefixadas para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar as informações e opiniões.

O roteiro de entrevista visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa; contém poucas questões; é o instrumento para orientar uma conversa com finalidade que é a entrevista; é o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento de comunicação. Constan alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objetivo, e em relação à realidade empírica devem responder às seguintes condições: a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; b) permita ampliar e aprofundar a comunicação; c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores. (Minayo, 2000)

A respeito do assunto, Ludke e André (1986, p. 34 - 36) consideram:

... é aconselhável o uso de um roteiro que guie esta através dos tópicos principais, a serem cobertos, que siga uma certa ordem lógica e também psicológica, dos assuntos simples aos mais complexos respeitando o sentido de seu encadeamento, permitindo que elas se aprofundem no assunto gradativamente e impedindo que questões complexas e de maior envolvimento pessoal, acabem por bloquear as respostas às questões seguintes.

Neste estudo, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo 4) que contém questões a respeito das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras e das estratégias para implementar o SIS / SEG com a equipe de enfermagem.

Das (07) sete enfermeiras, (06) seis foram entrevistadas no departamento de Enfermagem, uma enfermeira foi entrevistada no Serviço de Cirurgia. Todas as entrevistas com as enfermeiras tiveram uma duração de 40 minutos e com o médico 45 minutos, as 7 enfermeiras e o médico estudaram em universidades nacionais, do norte e centro do Peru.

Todas as enfermeiras se inseriram no SIS / SEG desde sua criação em 1997; o médico depois de um ano. Apenas a enfermeira Chefe do Escritório do SIS / SEG fez um curso de especialização em Enfermagem com enfoque na Mãe / Criança.

Das duas enfermeiras que trabalham no Serviço de Cirurgia, uma foi presidente do Sindicato de Enfermeiras do Hospital e a outra foi presidente da Federação Nacional de Estudantes de Enfermagem no Perú. Ressalta-se que uma nesse momento foi presidente do Sindicato de Enfermeiras do Hospital, eleita num movimento emergente de enfermeiras diante de mudanças verticais nas chefias de Enfermagem oriundas da administração do novo diretor, num cargo de confiança do novo regime do atual governo.

Com base nos dados descritos, foi elaborado o quadro (nº3) para caracterizar as depoentes, pois trata-se de mulheres líderes com identidade e posicionamento social, político, cultural, evidenciando uma prática profissional de muitos anos.

Política de Saúde Escolar no Peru: o caso do SIS / SEG na ótica das enfermeiras de um hospital Quadro demonstrativo								
Nome	Local	Duração da entrevista (minutos)	Universidade; Anos de serviço	Ingresso ao Hospital	Inserção ao SEG	Especialização	Mestra-do	Cargo /Função
1. Enfermeira: Socialização	Departamento de Enfermagem.	40	Nacional – Desde o ano: 1982; (20)	1991	1997	Não	Não	Assistente no Serviço de Emergência desde a criação do SIS/SEG e Diretora do Sindicato de Enfermeiras do Hospital.
2. Enfermeira: Autonomia	Departamento de Enfermagem.	40	Nacional – Desde o ano: 1994; (08)	1996	1997	Mãe Criança I - Mãe Criança II - Universidade Nacional	Não	Chefe do Escritório do SIS/SEG desde sua criação.
3. Enfermeira: Desenvolvimento pessoal	Departamento de Enfermagem	40	Nacional – Desde o ano: 1984; (18)	1988	1997	"Paciente crítico" Universidade Nacional	Não	Enfermeira, assistente no Serviço de Emergência desde a criação do SIS/SEG e responsável da lista n.º121 na mesa eleitoral do CEP no ano1995.
4. Enfermeira: Ética	Departamento de Enfermagem do Hospital	40 minutos	Nacional – Desde o ano: 1982; (20)	1991	1997	Não	Não	Enfermeira, assistente Serviço de Emergência desde a criação do SIS/SEG.
5. Enfermeira: Filosofia	Departamento de Enfermagem do Hospital	40 minutos	Nacional – Desde o ano: 1981; (21)	1984	1997	Não	Não	Enfermeira, assistente no Serviço de Cirurgia desde a criação do SIS/SEG e Ex-diretora do Sindicato de Enfermeiras do Hospital.
6. Enfermeira: História	Departamento de Enfermagem do Hospital.	40 minutos	Nacional – Desde o ano: 1973; (29)	1973	1997	Não	Não	Enfermeira, assistente do Serviço de Pediatria Geral
7. Enfermeira: Ideal do serviço	Serviço de Cirurgia de homens do Hospital	40 minutos	Nacional – Desde o ano: 1982; (20)	1995	1997	Não	Não	Enfermeira, assistente do Serviço de Cirurgia e Ex-Diretora da Federação Nacional de Estudantes de Enfermagem do Peru 1980-1982.
8. Médico: Inovação profissional	Escritório do SEG do Hospital.	45 minutos	Nacional – Desde o ano: 1992; (10)	1998	1997	Pediatria	Não	Médico Pediatra, Auditor do SIS do Hospital.

Antes de iniciar as entrevistas, foi explicado aos sujeitos do estudo o tema e os objetivos da pesquisa, e as 08 entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas com o

consentimento das entrevistadas e transcritas integralmente pela pesquisadora que solicitou a autorização por escrito, com vistas à utilização e publicação dos depoimentos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Anexo 5), conforme estabelecido na Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, sendo respeitado o local e horário marcados, visando a favorecer a interação. Cabe acrescentar que as enfermeiras autorizaram o uso de seus nomes próprios, mesmo assim as depoentes foram nomeadas a partir das categorias da minha dissertação de mestrado; assim: Enfermeira ... Ética, História, Socialização, Filosofia, Desenvolvimento Pessoal, Ideal de serviço, Autonomia; e o médico como: Inovação Profissional.

Também foi utilizada a observação participante (Anexo 6) que ocorreu no período de março até maio do ano 2002, e fez um total de 12 horas, desenvolvidas em períodos de 3 horas, sendo escolhidos, com preferência, os momentos de maior ocorrência dos escolares para o atendimento pelo SIS / SEG.

Dessa maneira, pude registrar no diário de campo as atividades desenvolvidas, os usuários atendidos e como se dava esse atendimento. Tive a possibilidade de observar os registros, o diálogo e as estratégias estabelecidas pelas enfermeiras, com a equipe de

²¹ Trabalho, mudança e desenvolvimento – Denominação da chapa eleita.
(Cont.)

saúde e com a família dos assegurados, e também com outros agentes do processo de atendimento.

Lüdke e André (1986, p. 27 - 28) ressaltam que:

... a observação é o método mais adequado para investigar um determinado problema. Em relação à observação participante as autoras enfocam que o pesquisador revela sua identidade e os objetivos de seu estudo ao grupo pesquisado desde o início; nessa posição pode ter acesso a uma variedade de informações, até mesmo confidenciais, pedindo cooperação ao grupo de estudo, mais terá que aceitar o controle do grupo sobre o que será ou não tornado público pela pesquisa.

Minayo (2000, p.157) faz considerações acerca da observação participante na saúde, destacando que:

... toda visão da população tem a ver com as contradições mais gerais da sociedade que também se expressam no setor saúde, com uma possibilidade de transformação pelas contradições, das condições que geram e reproduzem as situações de doença da população e os sistemas conflitivos e inadequados de atender à saúde da população.

Durante as observações de campo, eu fiquei nos diferentes espaços de atendimento do SIS / SEG por 6 horas, em cada período, e utilizava os momentos de disponibilidade da equipe de Enfermagem para realizar as entrevistas, e conhecer o ponto de vista que têm sobre sua funções; na tentativa de obter a perspectiva dos participantes, e poder conhecer a maneira como os sujeitos encaram as questões que estão sendo focalizadas (LÜDKE E ANDRÉ, 1994, p. 12).

Minayo (2000, p.156-157) destaca as premissas de observação participante, que são:

...“a necessidade de preparação teórica; a relativização das hipóteses frente às evidências do campo; a necessidade de integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade e o uso de instrumentos adequados para a seleção e a apreensão dos dados”.

Bogdam e Biklen (1994, p. 152-163), baseados na sua experiência de campo, apresentam varias sugestões sobre o que deve ser incluído nas anotações de campo, no tocante à descrição e reflexão:

... o que deve envolver uma parte descritiva e uma parte mais reflexiva; a) a parte descritiva compreende um registro detalhado do que ocorre no campo o seja a descrição dos sujeitos; reconstrução de diálogos; descrição de locais, de eventos especiais e das atividades gerais; e os comportamentos do observador; ... a parte b) reflexiva das anotações que inclui as observações pessoais da pesquisadora feita durante a fase de coleta de dados, que podem ser tomadas em conta como diretrizes gerais, para orientar a seleção do que observar e ajudar à organização de dados como são: suas especulações, sentimentos, problemas, idéias, impressões, pré - concepções, dúvidas, incertezas, surpresas e decepções; as reflexões podem ser de vários tipos: analíticas, metodológicas, dilemas éticos e conflitos, mudanças na perspectiva do observador, esclarecimentos necessários.

Existem muitas formas de registrar as observações, alguns fazem apenas anotações escritas, outros combinam as anotações com o material transcrito de gravações, entre outros; neste estudo, realizei o registro escrito, dentro do possível no momento da observação.

A forma de registrar os dados exclui o início de registro, a data e hora, o local de observação e seu período de

duração, deixando as margens para a codificação do material ou para observações gerais (Lüdke e André, 1994, p. 30-31).

Foi necessário fazer operações simples para relevar as informações obtidas optei por propor inferências, interpretações previstas no quadro teórico, encontrando outras dimensões teóricas sugeridas pelo material coletado e organizado.

Após a leitura flutuante e classificação temática, foram identificadas seis unidades temáticas. Cada unidade temática foi desdobrada em subunidades no quadro nº4.

Quadro n º 4: Unidades Temáticas e Subunidades

1. Implementação / (Des) Cumprimento do SIS / SEG:

Criação do Programa sem planejamento

Difusão maciça pela mídia

(Re) formulação constante do Programa

2. Atividades (Auto) Críticas das enfermeiras

Cuidados prestados aos escolares

Desvio e sobrecarga de funções

Conhecimento dos escolares e suas famílias e a comunidade

Administração da prescrição de medicamentos

Participação em desenvolvimento de pesquisa

3. (Ir) racionalização do Atendimento do SIS / SEG

Cobertura de atendimento aos escolares

Distribuição de recursos humanos e materiais

4. Estratégias das enfermeiras:

Uso dos recursos humanos e materiais

Comunicação com os diferentes níveis do programa

5. Controle Social e Norma (In) constitucional

Direito social e normas institucionais

População frente à falta de equidade

Expectativas da população

6. Exercício de Poder Estadual e Resposta Social

Imposição normativa sanitária sobre a autonomia profissional

Concepção dos usuários quanto aos direitos

CENÁRIO NACIONAL LOCAL

O Perú, meu país de origem, onde se desenvolve a presente pesquisa, se constitui numa república localizada na região oriental de América do Sul, limitada ao norte com os países de Equador e Colômbia, ao sul com o país de Chile, ao oeste com os países de Bolívia, e Brasil e ao sul oeste com o Oceano Pacífico. Tem uma superfície total de 1285,215. 63 Km², sob a costa ocidental da América do Sul e em baixo da linha equatorial, correspondendo o 26% dessa dimensão geográfica a Cordilheira dos Andes, e sua população nessa época foi de 26'093,000 milhões de habitantes.

Tem uma natureza muito bela, alberga quase todos os climas, microclimas e paisagens do mundo que o converte numa síntese geográfica. O idioma oficial é o espanhol, reconhecendo-se também o quíchua, aymara e outras línguas próprias; sua capital é Lima e sua capital histórica é a cidade do Cusco.

A moeda é o sol, sua festa nacional é o 28 de julho, a flor nacional é a cantuta e sua ave nacional é o galo da rocha. São símbolos da pátria: a bandeira de três franjas verticais com as cores vermelho, branco, vermelho; o escudo e o hino nacional, estabelecido segundo o artigo 49 da Constituição Política do Perú do ano 1993; é uma república democrática, social, independente, seu governo é unitário, representativo e descentralizado e se organiza segundo o princípio de separação de poderes. Mantém-se os conceitos de liberdade, independência e autonomia; o Estado

peruano reconhece a igreja católica como formadora histórica, cultural e moral, prestando-lhe sua colaboração, porém respeitando outros cultos e religiões.

O Peru é um país, hospitaleiro, generoso, depositário de uma história gloriosa e vontade democrática, uma mistura de muitas as raças, num encontro de tribos antigas e novas etnias, é uma terra bonita e livre, de ruas tranqüilas, muito comércio, bonitas praias e belas paisagens; encontra-se organizado em 24 departamentos e junto à cidade de Lima uma província constitucional chamada Callao que se constitui no Porto mais importante do país. As primeiras culturas demonstram um alto grau de desenvolvimento, riqueza e nível cultural, sucessos consolidados pelos gloriosos incas, que foram guerreiros que expandiram seus territórios, constituindo assim um grande império organizado e poderoso.

Entre as principais cidades de valor turístico e cultural temos: a cidade de Cusco ,com a cidadela de Macchu Picchu e o vale sagrado dos Incas; Madre de Dios, com a reserva cultural do Manú; Puno, com o Lago Titicaca e as Tumbas de Sillustani; Arequipa, com o Vulcão Misti, o Canhão do Colca e o vale dos Vulcões; Ica com suas Linhas de Nazca e a reserva natural do Paracas; Ancash, com o Callejón de Huaylas e os Nevados do Huascarán; Iquitos, com sua proeminente selva e o Rio Amazonas, Tumbes com suas belas praias; Lambayeque, com o Vale das Pirâmides e os Tesouros de Sipán, Cajamarca com suas águas termais e a paisagem serranos e La Libertad, com os

milenares vestígios arqueológicos de Chan Chan. Os mencionados destinos formam parte dos mais de 2,500 recursos turísticos devidamente registrados no Peru.²²

A origem do nome Perú, foi desconhecido pelos espanhóis e os Incas, estes últimos se negavam a usá-lo e, segundo os estudos de Raul Porras Barrenechea²³, a procedência do nome o nome vem do nome de uma tribo panamenha, chamada Virú que cujos aventureiros chamaram de Perú. O ponto mais alto do território peruano está localizado na Cordilheira Branca no Callejón de Huaylas; é chamada assim porque fica permanentemente coberta de neve; perpétua, nesta cordilheira encontra-se o Huascarán, com 6,768 metros de altitude. O território se divide em três grandes regiões geográficas: a costa, a serra e a selva.

A costa é uma franja de 2,250 Km², formada de um deserto interrompido por vales e rios de caudal que vão desembocar no mar ou rios de maior caudal da Selva Amazônica; compreende, no Oeste, desde o Oceano Pacífico até uma altitude de 800 a 1000 metros ao este, segundo as condições topográficas do relevo. Nesta região, encontramos importantes acidentes morfológicos como os esteiros, vales, morros, alcantilados, praias e pampas, entre outros. A serra é a região dominada pela Cordilheira dos Andes, localizada desde os 1000 até os 6,768 metros de altitude; essa região exerce grande influência no território peruano, apresenta uma topografia muito

²² Os nomes das cidades e recursos turísticos nomeados, na maioria, são na língua Quíchua, que além do tempo e espaço milenar, conservam seus próprios nomes.

²³ Erudito historiador peruano, em seu livro “O nome do Peru” (2001).

acidentada e acidentes topográficos morfológicos como: os canhões estreitos e profundos, montanhas de diferentes altitudes, vales, lagoas muito grandes.

Os Andes peruanos se estendem desde a fronteira com Chile e Bolívia pelo sul até a fronteira com o Equador pelo norte; e constam de duas cadeias: a ocidental ou vulcânica, caracterizada por numerosos vulcões e nevados e a oriental; os Andes centrais compreendem três cadeias, cuja cadeia central separa as águas dos rios Maranhão e Huallaga, um dos quais vai originar o rio Amazonas.

A selva ou região amazônica se estende desde a cordilheira dos Andes até as fronteiras com Colômbia, Brasil e Bolívia e os acidentes morfológicos são: a selva alta, entre os 1,400 metros do flanco oriental dos Andes, e fica coberta por bosques amazônicos tropicais, com vales, alcantilados; a selva baixa situada de 0 até 500 metros do flanco oriental da cordilheira, é a região de maior extensão do Peru, tem exuberante vegetação, colinas, vales, rios, ondulados compostos por estratos de argila, que às vezes alteram com areia, e ficam muito estáveis, porque existem muitos deslizamentos durante as chuvas e a erosão dos rios. Nessa região, também temos pântanos geralmente entre os rios Maranhão e Ucayali que vão a formar o Amazonas e donde formam-se praias onde cultivam muito arroz.

A hidrografia do Perú tem dois sistemas hidrográficos: o do Pacífico e o do Atlântico ao qual se integra a bacia de rio do lago Titicaca. É importante ressaltar que se aproveitam esses sistemas para a construção de muitas

centrais hidrelétricas. O Perú está localizado na zona intertropical cujo clima está modificado pela corrente fria de Humbolt e pela altitude das regiões; a temperatura média anual na costa oscila entre 18 e 22 graus e as regiões localizadas mais perto da linha equatorial a temperatura é mais elevada; na serra a temperatura média anual de 20 graus, com um máximo de média de 26 graus e um mínimo médio de menos 5 graus, com chuvas geralmente de dezembro até abril, a neve é freqüente entre os 3,510 e 4500 metros ; a Amazônia peruana tem uma temperatura média anual entre 21 e 22 graus e constitui o domínio da selva equatorial.

Os recursos naturais mais importantes são os minerais, principal matéria prima do Peru, que compreendem jazigos de petróleo na costa nordeste e a bacia dos rios do Amazonas, em diferentes pontos da cordilheira andina. Temos importantes minas de extração de prata, ouro, ferro, chumbo e zinco, e também a reserva de bosques. A cobertura vegetal é bastante diversa; a costa tem vegetações estacionais nos meses de chuva, e vales; na serra há matos, cactos, vegetação de pico como o ichu ²⁴; na selva, há bosques tropicais de madeira ou resina úteis com presença de palmeiras e plantas orquídeas. Na fauna da costa, temos: veados, iguana, tartaruga, variedade de peixes, camarões, entre outros; na serra, temos animais autóctones como: alpacas, vicunhas (tem uma utilidade de lã e de carne produtiva muito importante,

²⁴ Vegetação que se desenvolve perto dos nevados e serve para proteger os tetos das vivendas da comunidade serrana.

de exportação), veados, aves diversas entre outros: e a selva tem uma fauna muito diversa destacando: o jaguar, cobras, jacarés, papagaios, tartarugas, peixes diversos como: corvinas, linguado, bonito, crustáceos, mariscos, baleias, tubarões e as aves que têm importância econômica pelo excremento usado como fertilizante na agricultura.

O Perú, pela grande diversidade geomórfica de seu território, deu lugar a uma nova divisão em região natural como são: Região Chala ou Costaneira, inclui as 200 milhas do mar territorial, as ilhas marinhas e a franja litoral, desde o nível do mar até os 500 metros; região yunga ou vale interandino, numa franja aos dois lados dos Andes, região quíchua, que se estende desde os 2,300 até os 3,500 por duas vertentes dos Andes; a região suni ou jalca entre os 3500 e os 4000 aos dois lados dos Andes; região puna ou alto - andina entre os 4000 e 4,800 metros, região janca ou mito alta montanha, das altas cumes do sistema andino, tem origem vulcânica com elevados típicos, abundam lagoas glaciárias. Nessa região, temos uma fauna autóctone como o condor²⁵; na região rupa rupa ou de selva alta, região omagua ou selva baixa.

A população do Peru nessa época foi de 25.661.690, segundo as estimativas do Centro Latino-americano de Demografia (CELADE) projetada para o ano 2000, com o 35 % de 0 a 14 anos, 61% entre os 15 e 64 anos, e 4% que são os maiores de 65 anos.

Quase a metade da população é de origem incaica, com o predomínio dos mestiços, que são produto da

mistura de muitas culturas; os brancos constituem um pequeno percentual; a capital do Perú tem 7.497.000 habitantes; na costa é sede do elemento branco e mestiço, a população concentra-se em cidades densamente ocupadas, em alguns casos muito urbanizados e as áreas que as separam estão absolutamente sem população; na serra há predomínio da população incaica que predomina sobre o branco e o mestiço e constitui o estrato superior, a população se concentra nos vales entre os 2,500 e 3000 metros de altitude e é mais dispersa nas altitudes superiores e nas planícies altas; na selva, existem os núcleos de população, em geral de pouca entidade, que se estendem ao longo dos rios principais e onde também moram algumas tribos.

Mais do 50 % da população peruana mora ao longo da região costeira, nas cidades urbanas, 30 % aproximadamente moram na zona andina e entre uns 5 e 7 % na selva. A população peruana é produto de uma forte mestiçagem, mas a população de origem inca tem conservado a pureza de seu sangue; os mestiços ou "cholos" moram geralmente na região da costa e se caracterizam por ter bom humor, sua picardia, sentido nacionalista e suas estranhas formas de sobrevivência, que confirma sua identidade.

Estima-se que o 50 % da população é de origem inca e outros grupos importantes como os aymaras, serranos e camponeses que se distinguem pela conservação ancestral de suas tradições, sua comunicação em língua quíchua (também falam espanhol) e especial

²⁵ Ave própria dos andes peruanos de 3 metros de tamanho, de cor preta e o colar branco.

cosmovisión²⁶ de sua existência, amam profundamente sua terra, se sentem parte dela e realizam continuamente oferendas próprias dos incas a ela para honrar sua origem, como: oferecer folhas de coca, pisco²⁷ camponês à Pacha Mama²⁸, tem normas pequenas como uma evocação ancestral: “ama sua, ama llulla, ama quella”²⁹, conservam aprofundas tradições que misturam com os elementos católicos porque o elemento dos Andes é sincero, tem um amplo sorriso, disposição para os encontros sossegados, fidelidade à amizade e profundo respeito à natureza e meio ambiente, entre outras.

A população da puna ou altiplano tem espírito supersticioso e tem orgulho de pertencer ao povo dos aymara porque são descendentes da cultura Tiahuanaco, que se estendeu por todo o Perú durante o século IX antes do Império Inca. Os brancos representam pouco menos de 12 % e se concentram, em sua maioria, na cidade de Lima, e geralmente pertencem às classes acomodadas, e a população negra representa só 5 % dividida na costa e povos das fronteiras da região amazônica; na zona da selva ficam entre 40 ou 50 grupos étnicos como os jíbaro, panos, bora, yagua, hitotos, cocama, ticuna, amahuacas entre outros³⁰ ; tudo isso é um impressionante diversidade de raças, complementado pela importante comunidade de chineses e japoneses.

²⁶ Olhar do universo.

²⁷ Licor oriundo de Perú

²⁸ Mãe terra.

²⁹ Não roubar, não mentir, não sejas preguiçoso

³⁰ Grupos de população descendentes dos indígenas, todos eles imersos num perigoso processo de aculturação.

Ao abordar a diversidade histórica do Perú, não se pode omitir falar de suas raízes, que nascem muitos anos antes de Cristo, prevalecendo o desenvolvimento das culturas pré - incaicas, seguidas das culturas incaicas, que se caracterizam por ter um auge importante em todos os aspectos como: político, social, religioso, cultural, moral que colocam seus antecedentes morais, tecnológicos e intelectuais, entre outros, como um dos mais adiantados na civilização e no mundo, e que até agora os estudos seguem demonstrando. Alcançaram uma hegemonia continental que incluem os países de Perú, Bolívia, Equador, Colômbia, Chile e parte de Argentina, chamado de Império Incaico, o qual tinha uma estrutura de modelos organizacionais que proscreveram a fome e a pobreza, prevalecendo a reciprocidade, solidariedade, moral, trabalho e honradez, entre outros.

A densidade de população neste momento, foi de 20 habitantes por Km², de todo o país incluindo grupos culturais idiomáticas como Quíchua, Aymara, com um grande número de minorias étnicas de origem autóctone, como de origem forasteiro, esta ultima; cultura de origem ocidental, que em nosso passado histórico, foi a responsável pela interrupção do elevado desenvolvimento da cultura peruana (Blondet 1993, p. 25).

O dado exposto é explicado com base no informe do Instituto Nacional de Estatística (INEI) que revelou a evolução da população desde o ano de 1991 a 1995 numa média de 5.95 % de aumento da população

total e desde o ano 1996 a 2000, num crescimento de 17.54%, apresentando uma estrutura por grupo de idade do ano 1993 em relação ao 2000 respectivamente, como segue: de 0 a 14 anos, de 37 a 33.4 %; de 15 a 64 anos, de 58 a 61.8%, e de 65 anos ou mais, de 4.6 a 4.8 %, o que se pode dizer que a população do Peru cresceu nos últimos 5 anos, com uma queda no percentual do grupo populacional de 0 a 14 anos, e um crescimento importante da população maior de 15 e menor de 64 anos.

Os costumes e estilos de vida são produtos das imigrações de caráter vertical e transversal, que fazem do Perú um país mestiço que se evidencia em sua alimentação, vestuário, habitação e em suas diferentes manifestações culturais e regionais.

O Perú é um país dividido, geográfico, histórica e culturalmente, o que constitui uma característica estrutural e não conjuntural que, nos comentários de Portocarrero e Parodi (2000, p. 13-36), explicam alguns indicadores da pobreza extrema no Perú, os quais são:

En las zonas rurales es de 76.9 % mayor que en las zonas urbanas; los que no tienen como lengua materna el español tienen tres veces mayor probabilidad de tener pobreza extrema, en relación a los que la tienen; así la pobreza crónica se concentra en las zonas rurales y en los segmentos menos intervenidos por los españoles, y que tradicionalmente no han tenido mecanismos de acceso al poder político ... no existe un marco institucional que facilite la integración de los diferentes grupos sociales, los canales de transporte de las iniciativas locales al poder político son escasas; esta desconexión entre la necesidad civil que es el menor influyente y el Estado, bloquea institucionalmente la opción de una estrategia de solución.

Portocarrero e Parodi (2000, p. 13-36), para os problemas econômicos e sociais tais como são:

... a) la ausencia de una estrategia de desarrollo sustentado presenta algunas hipótesis como: la desigualdad de ingresos limita el desarrollo sostenido, económicamente explicado em el choque externo y el programa económico mal diseñado; institucionalmente la ausencia de cooperación entre el sector privado y el Estado; b) la ausencia de consenso en la integración de la política económica com la práctica social; c) estrategia global de desarrollo sólo incorpora elementos socioeconómicos, dejando de considerar los elementos políticos étnicos, institucionales e históricos como explica el desarrollo de la economía peruana que tradicionalmente há dependiendo del sector exportador.

Desde a década dos 90 colocou-se em marcha uma política econômica liberal que pouco a pouco se tornou neoliberal, que preconizou com uma reduzida intervenção estatal na economia, mantendo equilíbrio macroeconômicos básico, com crise nos setores determinantes da em particular o setor mineiro que é intensivo em capitais e a agricultura limitada por baixos percentuais. Esses setores não tinham capacidade de absorver a força de trabalhadores. Esta política gerou uma excessiva dependência dos vaivéns dos preços internacionais entre outras razões. Este modelo de proposta não alcança os mais necessitados, gerando uma distribuição do ingresso e da riqueza extremamente desigual, demonstrando desta maneira que a política social está à margem da política econômica. (Portocarrero e Parodi, 2000).

Os 24 departamentos são: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad,

Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes e Ucayali, alguns têm coincidência com o nome administrativo regional, como caso do Departamento de Lima, La Libertad, entre outros e se dividem em províncias (hoje fazem um total de 180) e estas em distritos (são um total de 1747).

O índice de alfabetização do Peru para o ano 2000 alcança 90% da população de adultos alfabetizados, a educação primária é obrigatória para as crianças de 6 a 12 anos, não obstante elas moram em zonas rurais onde não podem ser assistidas por carência de infraestrutura. Conta-se com centros de nível superior como Universidades nas capitais de cada departamento, sendo a primeira fundada nos anos de 1,551, na capital do Perú: a Universidade Maior de São Marcos e muitas outras como a Universidade Nacional de Trujillo, Universidade de Cajamarca, entre outras. No ano 1997, a taxa de escolarização do ensino superior foi de 26 %. A capital do Perú é Lima, localizada no departamento do mesmo nome a uma altitude de 153 metros; o governo do Estado se divide em três poderes: o Executivo, exercido pelo Presidente da República, que é eleito por um período de cinco anos, e é quem nomeia os seus ministros, assim como as autoridades dos departamentos, províncias e distritos (prefeitos, subprefeitos e governadores); o Legislativo, que reside no Congresso e conta com uma câmara única de 120 congressistas eleitos por um período de 5; anos e o Poder Judicial é constituído pela Corte Suprema de Justiça, na cidade de Lima, as Cortes Superiores nos

departamentos e, na capital das províncias, os juizes de Primeira Instância. Os governos locais (alcaldes provinciais e distritais) são eleitos por voto direto por um período de três anos.

Na atualidade, vem sendo implementando o processo de regionalização, para terminar com o centralismo de Lima, na busca de transferir para os organismos regionais o poder de decisão regional.

A herança pré-colombiana é a mais rica da América do Sul e sua presença mistura-se com a herança cultural espanhola, manifestada no idioma, na religião e no governo. A arquitetura colombiana é fortalecida pelas escavações, onde existem restos pré-colombianos monumentais, que podem ser apreciadas em muitas cidades peruanas, assim como pode-se apreciar as manifestações artísticas, produto da mestiçagem das formas espanholas e incaicas; a escala musical do pentagrama andino ainda é utilizada e executada com instrumentos antigos como a caracola marinha, a zamponha, a quena, o siku e a ocarina.

Antes da colônia o horizonte Chavin é considerado como o inicio de Alta cultura no Perú, que se distinguiu pela edificação de centros de poder em torno de impressionantes templos, o mais destacado é Chavín de Huantar no Departamento de Ancash, onde destaca-se o Templo de Castilho e os imponentes muros de pedra, adornados com formas de cabeças humanas e jaguares; sobressaem ademais sua escultura, em altos relevo com trabalhos em ouro, que são os mais antigos da América; os Paracas,

caracterizados pelos mais belos tecidos da América pré columbina; os Chimúes, que tiveram uma organização social muito desenvolvida e solidária , destacam-se pelos seus excelentes trabalhos de cerâmica com formas, em tecidos com alto grau de técnica, vasos de prata e ouro e diversas jóias.

Os Incas desenvolveram construções arquitetônicas que foram herdadas dos Chimúes, a quem dominaram nos anos de 1,470. Essas construções eram feitas de pedra, como grandes fortalezas em pontos estratégicos do império, onde dominavam as vias de comunicação (os caminhos do Inca).

No período colonial, prevaleceram os estilos arquitetônicos espanhóis, especialmente os renascentistas e barrocos, com um claro aporte indígena que brinda uma arquitetura muito definida e especial, usando na costa o adobe e ladrilho, pela freqüência de sismos; nas zonas de montanha, a pedra com desenhos altos e estreitos muito trabalhadas, herdadas dos incas. Dessa forma, se destacam os belos trabalhos de madeira policromada como altares, púlpitos de artistas anônimos e trabalhos da escola cusquenha, onde se percebe a mestiçagem entre a influência espanhola e a inca.

A tradição nacional após a independência do Perú passou a ser república, sendo herdados as costumes e folclore da colônia, tanto na cidade como no campo, montanha, costa, povo e nas manifestações culturais como a música, literatura, artes plásticas, entre outros; que prevalecem até agora na vida familiar como: a hora da oração, os aniversários, as bodas; nas

celebrações públicas: a semana santa, o corpo cristo; espetáculos públicos como as corridas de touros, brigas de galos; fazendo do folclore do Peru uma riqueza muito variada, em suas danças e canções próprias, na costa a marinheira, os tonderos; na serra os huaynos e mullizas e na selva a dança que imita a natureza.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: O CASO PERÚ

Reforma da Seguridade Social no Perú:

Na década de 90, ocorreram mudanças de médio prazo no modelo econômico no Perú ao mudar - se o modelo CEPAL, predominante em 1963, pelo enfoque de mercado atual. Ao início dos anos 90, a proposta foi superar o modelo de Estado benfeitor, que caracterizou o final dos anos 80, quando o Perú teve uma forte crise. Ocorreram muitas reformas no setor saúde, numa fase intensa de transformação do sistema. As mudanças não tinham como objetivos aumentar a capacidade do governo no setor, mas em seus modelos e processos expressaram a falta de direção administrativa, os conflitos e os encontros dos atores, em que os dispositivos legais não tinham efeitos.

Arroyo (2000, p.31) define:

... en el caso peruano, no existen etapas de pré – reforma (diseño) y reforma (su aplicación), ... los cambios tenemos que entresacarlos de la norma y de la evolución normal del sector ...

Entre agosto de 1990 e dezembro de 1998, estabeleceram-se 70 disposições legais, entre leis resoluções ministeriais (R.M.), decretos supremos (D.S.), decretos legislativos (D.L.) e outros documentos emitidos pelo MINSA, que estiveram relacionados com as mudanças nas políticas de saúde, reformas e temas afins.

Arroyo (2000, p.31) selecionou 27 iniciativas com critérios de amplitude das transformações e de

representação de determinados dispositivos, que dizem respeito ao projeto de reforma governamental em andamento ou elaboração, caracterizados pela:

... la existencia de tres momentos en esta etapa: a) en los años 90 se asumen reformas como condición de supervivencia en la forma de políticas de emergencia; b) a partir de los años 91 en el sistema ortodoxo neoliberal económico es entrampado em su aplicación en el campo de la salud, y se dan varios años de reformas parciales sin tener un proyecto global; c) entre 1995 y 1998, de formulación de los Lineamientos de políticas y del modelo de la reforma sectorial del MINSA y de inicio de sus aplicaciones iniciales, en una forma de complementar el segundo momento ... la reforma peruana se inició con la crisis abierta de las políticas populistas entre 1988 y 1990, cuya mejor expresión fue el colapso operativo de los servicios públicos en esa etapa.

O partido APRA³¹ deixou algumas normas do setor, como a Lei do Trabalho Médico n.º 556, terminando dessa forma o conflito sindical dos anos 80, D.L. n.º 584 de Organização e Funções do MINSA, que transferiu os recursos para os governos regionais, D.S. n.º 005 – 90 – SA Regulamento Geral dos Hospitais orientando para o enfoque de atendimento primário, como ponto de apoio das redes cujo eixo seriam os centros de saúde e a R.M. n.º 71-90-AS/DM de Normas das Clínicas em Hospitais e Institutos Especializados, apelando para os recursos próprios como estratégia de sobrevivência hospitalar, e aproveitando a infra-estrutura que não foi antes utilizada pelo turno da tarde numa política de co - financiamento. Essa política levou os diferentes atores sociais do setor saúde a processar uma transformação

³¹ Aliança Popular Revolucionaria Americana.

no padrão sanitário, favorecendo a sociedade peruana na criação dos mecanismos de proteção social e sanitária.

Dessa forma, o APRA levou os serviços públicos de saúde a uma profunda crise, com uma diminuição do gasto social expressada por Gillete Holl³² em seus estudos realizados no período de 1985 a 1990, em índices relativos com fins de comparação: O gasto do setor social diminuiu de 132, em 1986 a 51, em 1990; o gasto público real em saúde caiu de 100, em 1985 a 47, em 1990; quase desapareceu o investimento na infra-estrutura de saúde, diminuiu de 100 em 1985 a 9, em 1990 e o gasto corrente em saúde no mesmo período de tempo diminuiu de 100 a 53.

O novo governo, em 1990, encontrou os serviços em crise severa, necessitou de medidas de emergência, que implicaram mudanças de política como o incentivo dos recursos próprios; paralelamente, todo o setor saúde esteve mobilizado nesses primeiros anos, não só para sair do colapso como também para enfrentar a epidemia do cólera, surgindo a ideia de uma reforma sanitária que implicasse a uma reestruturação geral do setor (ARROYO, 2000, p.34).

O Primeiro Ministro de Saúde do novo regime, em dezembro de 1990, formulou políticas de médio prazo: O Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Saúde, projeto que não pôde ser aplicado devido a sua saída do ministério em março do 1991. Em novembro desse mesmo ano, o governo solicitou do

Ministro da Economia, uma D.L. n. ° 718 relacionada a criação das Organizações de Serviços de Saúde (OSS), no momento da troca dos Ministros, o que motivou que esta norma não fosse aplicada. Contudo o novo ministro iniciou uma reestruturação ministerial com vistas a fortalecer as instâncias regionais e locais (D.S. 002-92-AS), com o regulamento de organização e funções do MINSA, instalando as Zonas de Desenvolvimento Integral de Saúde (ZONADIS) e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), dando início assim a um longo período de reformas parciais nas regiões e I.S., e de reformas jurídicas como o PSBT e PAC. (Arroyo, 2000, p.34-35).

No segundo semestre de 1995, já no segundo período do governo do Presidente Fujimori, voltou-se a propor a necessidade de sistematizar e formalizar as novas políticas de saúde em que o Ministro de turno, apresentou os delineamentos da Política de Saúde, gestão 1995 – 2000, onde propor entre a privatização ortodoxa e uma reforma capaz de articular as idéias força de equidade, eficiência e qualidade, com um forte impulso a renovação de paradigmas e modernização da gestão do setor; porém, os documentos somente apareceram em 1997 (um ano e meio depois) .

Paralelamente, nesse ano, emitiu-se a Lei de Modernização da Seguridade Social (Lei n. ° 26790) e, em julho, a Lei Geral de Saúde (Lei n.º 26842), cujos regulamentos ainda estão sendo publicados. Na

³² Análise da indagação dos níveis de vida, 1994

verdade, a definição formal das novas Políticas se realizou nos anos 1997 – 1998, quase no final da década, quando então apareceu o novo modelo setorial, iniciado em 1990, que, com o novo pacote legislativo dos dois últimos anos o MINSA considerou terminado o desenho básico da reforma sanitária (PORTOCARRERO, 2000, p. 551 – 552).

Nesse momento em que o Perú iniciou uma nova eleição presidencial colocando em julgamento a viabilidade da reforma sanitária, é que posso dizer que foi a mistura do pragmatismo do próprio presidente da república, as inconsistências entre as propostas econômicas e a realidade social. Desta forma a corrente de governabilidade sem capacidade resolutive e direcionamento, de imposição de partido político caracterizou o governo de Fujimori.

É importante ressaltar que o setor saúde nas diferentes regiões sempre teve capacidade de aplicar as disposições numa maneira própria; assim é que muitas aplicações iniciais encontram-se como reformas em curso em muitas regiões e estabelecimentos de saúde como é o caso de La Libertad, San Martín, Tacna, Cajamarca, entre outras, Institutos e ademais na Seguridad Social; por esse motivo, Arroyo (2000) chama de reforma silenciosa com capacidade de transformação real do setor mesmo diante da ausência de uma nova Política Geral de Saúde; logicamente que sem a organização e a implementação sistemática planificada, os resultados são pobres e de muitas limitações.

Política de Saúde Infantil: O Sistema Integral de Saúde / O Seguro Escolar Gratuito e as Diretrizes

O Ministério da Saúde do Perú instituiu, em 1990, o Programa Nacional de Saúde à criança e ao Adolescente, para incluir a população infantil e adolescente no processo de desenvolvimento do Peru, tendo em vista suas características próprias já que a terceira parte da população nacional (8'288,089) se encontrou compreendida entre 5 e 19 anos de idade.

O Programa de Saúde à criança e ao Adolescente encontra-se inserido na lei de Organização do Ministério de Saúde na Direção de Saúde das Pessoas, ou seja, da Direção de Programas Sociais; suas normas "Técnico - Administrativas" foram aprovadas na Resolução Ministerial (R.M.) 0023 – 92 – SA/DM, de 23 de janeiro de 1992.

Em 1991, iniciou-se a execução do Primeiro Plano Nacional de Saúde Integral Escolar e Adolescente, por um período de 5 anos.

No Peru, coexistem no ministério vários discursos sanitários: a) sanitário populista (prestador estatal convencional); b) discursos sanitários alternativos anteriores (comunitários, descentralistas - participativos); dos novos discursos dos anos 90 (discurso da qualidade, de planificação e administração estratégica), e até o momento nenhum deles foi aplicado, contrariamente predominou a cultura institucional informal, corporativa e sem desenvolvimento como o setor saúde, e sobretudo do

subsetor público, caracterizado pela falta de compromisso com o trabalho, surgido nos anos 80, como fruto das baixos salários e da falta de motivação do pessoal (MINSA, OPS – IDMA., 1992).

Transcorrido esse período de tempo, ainda estão vigentes os fundamentos ideológicos e políticos definidos para longo prazo, correspondendo à fase de elaboração de um novo Plano, revisando os aspectos técnicos e administrativos à luz do conhecimento atual e as múltiplas experiências desenvolvidas no país.

Nas normas do Ministério de Saúde, foram considerados os principais sucessos do Programa as qualidades da organização e consolidação do Programa. Entre eles, destaca-se a execução do Convênio Saúde – Educação, especialmente em nível local, a criação de modelos de serviços de adolescentes e o desenvolvimento de estratégias de educação dos pais, aproveitando sua presença nas instituições de saúde.

Nesse novo Plano Nacional de Saúde Integral ao Escolar e ao Adolescente (1997 – 2001), estabelece-se objetivos e metas quantitativas sobre a base de resultados qualitativos obtidos anteriormente. Apreciam-se atividades de atenção primária e enfatiza-se o esforço descentralizado que diferencia a natureza dos serviços de uma região a outra, de acordo com as necessidades específicas, e se definem ações para articular esforços com outros setores, especialmente com o setor educação. Num esforço de promoção da ação local e o desenvolvimento de modelos locais para que o efeito nacional seja obtido

somando-se produtos satisfatoriamente alcançados em relação ao indivíduo, sua família e comunidade, bem como a instituição de saúde, a escola, a municipalidade.

Os hospitais públicos, no Perú, incluem em sua estrutura os atendimentos dos programas preventivos, como no caso do Hospital, cenário deste estudo, como em todos os hospitais do MINSA. Diante da necessidade de arrecadar recursos próprios, os hospitais criaram tarifas a partir do ano 1990, incluindo as atenções preventivas. Por um lado, ocorreu mudança dos segmentos de usuários tradicionais, obrigando à população ao atendimento pelo SEG, por ser gratuito, e pela segurança quanto à entrega de medicamentos aos usuários após do atendimento, reforçando a cultura curativa, contrária ao desenvolvimento da educação em saúde; e por outro lado gerou um déficit de recursos financeiros diante da pressão dos serviços de saúde gratuitos.

A crise econômica gerou uma diminuição no acesso aos serviços de saúde por parte da população, diante da necessidade elementar de alimentos, provocando a expansão da oferta privada de tarifas mínimas; tendo como resultante um círculo de pobreza crítica emergente.

O discurso do MINSA é que o enfoque do Programa de Saúde do Escolar e do Adolescente e do Plano Nacional vigente é fundamentalmente promocional e preventivo, sendo assim coerente com as declarações subscritas pelo Peru no Congresso Mundial pela Infância (1990), na Conferência Internacional sobre

População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), na cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995) e IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing em 1995), mas na prática ocorre tudo ao contrário.

Os aspectos educativos, segundo os dados do Censo Nacional de População (INEI³³, 1993), a cobertura da Educação Primária é superior a 90% da população de crianças de nove (9) anos, tanto na área urbana como rural. As comunidades indígenas de uma só língua andina amazônica nessa época, apresentam menor escolaridade, pois 9% das crianças de zonas rurais andinas e 22 % das da selva rural não frequentaram a escola. Mesmo assim, a idade de ingresso das crianças na escola era tardia, 54% dos meninos e 52% das meninas ingressaram na escola em idade superior à esperada (6 anos). Na área rural, foi maior em relação à urbana (70% e 41%); situação que ainda não mudou. Os seis (6) estados³⁴ com maior desenvolvimento relativo são aqueles que apresentam menor proporção de analfabetos, onde também existe um nível similar entre homens e mulheres. Ao contrário, nos departamentos considerados como pobres e muito pobres, existem proporções mais altas de analfabetismo juvenil com uma maior concentração nas mulheres, como é o caso das regiões de Ayacucho, Apurímac e Huancavelica, Moquegua, Pasco, Puno, onde as mulheres analfabetas de 15 a 17 anos foram em número três vezes mais do que os homens.

³³ Instituto Nacional de Estatística do Peru

³⁴ No Peru são denominados de departamentos.

Os aspectos laborais quanto às crianças e adolescentes, o INEI estimou que, no grupo de 10 a 14 anos, 5.1% trabalharam; nas faixas etárias de 15- 17 anos, 17.9 % trabalharam. Além disso, constatou-se que 55% das crianças trabalhadoras, com idades entre 6 e 17 anos, moram em área rural, e que, aproximadamente na metade dos casos, suas jornadas de trabalho superam as 36 horas semanais, a maioria estiveram dedicadas às atividades agrícolas, bem como 69% das crianças e adolescentes que trabalharam estiveram na condição de trabalhadores familiares não remunerados, os quais somam-se 5% de trabalhadores do lar, como medida complementar ao salário familiar.

A educação em saúde pode contribuir para que o escolar seja agente de sua própria mudança. Esta tarefa no contexto social terá razão, transformando o escolar em agente sanitário de mudança.

A enfermeira diariamente enfrentou limitações no exercício da sua prática quanto à educação para a saúde, com dificuldade para fazer circular informação, que garante as práticas de educação pela crescente manifestação da própria sociedade. Estas práticas foram contraditórias com a automedicação e a implantação do uso de medicamentos por alguns conselhos familiares ou colegas, sem a devida avaliação. Tudo isso foi garantido pelo poder do governo que sendo o único ente que decide, tem políticas de saúde que permitiram no tempo a abertura indiscriminada de farmácias e drogarias, e,

por conseguinte a venda livre e sem controle de medicamentos.

Acredito que somente o fato desses aspectos serem percebidos pelas enfermeiras permitiu buscar propostas de superação. Em suas experiências, observa-se espaço de resistência, que devem ser potencializados como: o resgate de poder que têm os usuários sobre seus próprios corpos, e sua vida, em busca de maior autonomia em suas decisões; o estabelecimento do diálogo entre professoras e usuários, em uma reflexão ética cotidiana, que se traduzirá em participação individual e coletiva.

A enfermeira, além de estimular o usuário a participar para potencializar seu poder, deve dar-se conta que tanto um como outro incorporam em suas expressões idéias e atitudes autoritárias, que na prática revelam os efeitos deste poder; que com vontade implícita de mudança pode tomar a decisão de modificar-se de acordo a sua própria condição humana, o que Arratia (1997) em sua reflexão considera que o usuário deve atuar com livre vontade frente à educação em saúde, porque a enfermeira não pode ser coercitiva, e sim orientar e possibilitar ampla comunicação para facilitar a autonomia, o que no meu entender significa a oportunidade para descobrir-se.

No Perú, o fenômeno da pobreza tem uma relação estreita com o processo saúde – doença, quando uma família pobre não tem a possibilidade de prover recursos para proteger-se de riscos de doenças de forma individual e de seus membros, e muito menos para recuperar sua saúde, não conseguindo cobrir

suas necessidades básicas de alimentação e subsistência; por isso, quando se apresenta a necessidade de atenção sanitária, gera uma verdadeira catástrofe econômica familiar, colocando em risco não só a recuperação da saúde, mas também a vida dos mesmos como coletividade.

A idéia proveniente dos níveis centrais do MINSA, dentro da corrente de reforma da segurança social, é reduzir a brecha existente entre a necessidade de saúde e atenção nos serviços de saúde, que deve, portanto, ser coberta por algum mecanismo financeiro que possa garantir a acessibilidade econômica aos serviços de saúde por parte das famílias pobres do país. No entanto, segundo o argumento do governo neoliberal, não é possível pensar nas coberturas propostas, faz-se necessário priorizar os grupos de população em risco, como são as crianças e jovens, logicamente num Programa Nacional que tenha capacidade de fomentar estilos de vida saudável, garantindo o aumento decisivo dos níveis de nutrição desde os primeiros anos da infância e investindo em educação para a saúde em todos os processos de desenvolvimento da sociedade.

A criação do SEG, pelo governo como já descrito anteriormente, deu-se com a emissão de uma Resolução Vice - Ministerial sem maiores precedentes, datada de 18 de agosto de 1997, e que foi remetida via fax para todas as instituições de saúde, sem ter, até final do ano 2000, a regulamentação da organização e funções determinadas.

De acordo com os registros, bases conceituais, resoluções, dispositivos encontrados, o SEG é definido como uma resposta diante da incapacidade econômica das famílias que pertencem aos setores em pobreza e extrema pobreza, de assumir os pagamentos da atenção de saúde de seus filhos.

Nessa definição, converte-se em uma das estratégias do plano de luta contra a pobreza que aponta para a sustentação da população através das estratégias que incrementem as opções de atendimento e diminuam a pobreza, e representa para os escolares afetados em sua saúde receber adequada e oportuna atenção de saúde que lhes permita estar em condições de receber educação, ampliando o acesso econômico das famílias menos favorecidas. Ao incorporar um sistema de seguro, que atende às necessidades de saúde do escolar e do adolescente a despeito da eventualidade de seu trabalho, de sua capacidade econômica ou requerimento de outras necessidades, não deve ser considerado como um subsídio, e sim como um investimento do Estado, num bem principal de saúde, ao mais importante grupo de população.

Trata-se de conseguir que toda a população compartilhe como beneficiária a mínima disponibilidade de ter acesso imediato ao atendimento das suas doenças, visando as soluções de suas necessidades básicas de educação e saúde.

O discurso do governo foi que, sendo a pobreza um problema de todos os peruanos, eles foram convocados a participar para procurar soluções, dando viabilidade ao desenvolvimento social, e

respondendo à necessidade para investir não só recursos financeiros, mas também técnicos e normativos, que viabilizem a execução e contribuam na consolidação do SIS / SEG.

Nesse discurso, pode-se evidenciar as reflexões de Tavares (1998) de que na maioria dos países de América Latina, se realizaram esforços de qualificação da pobreza, caracterizando certos grupos de pobres e definir atividades prioritárias orientadas para beneficiários específicos. Dentro desses grupos, ressaltava-se a prioridade dirigidas em vários países à infância e à adolescência; população que corresponde ao SEG no Perú.

Tavares (1998, p.98), nesse aspecto, define que:

... Os países onde se sofreu ou se sofre períodos prolongados de violência, surgiu um tipo específico de pobreza derivada deste fenômeno. Neles formaram-se importantes contingentes de população marginalizada por situações de guerra civil, violência de narcotráfico u outras situações similares (foram citados como exemplos a Nicarágua, o Peru e Guatemala).

Refletindo, o trabalhador de saúde, com algumas exceções, não conhece a filosofia real que é dita pelo governo através de seus técnicos, porque o discurso sempre é de esforço maior que o Estado coloca diante da precariedade dos grupos de população, sempre destacando que os Programas são criados por direito, porque o governo tem sérias preocupações pelos grupos em risco. Ainda, essas mudanças se dão estrategicamente próximo aos momentos em que o governo sofre dificuldades de aceitação. Esses problemas poderiam ser melhor abordados se a

população começasse a tomar consciência de que é parte de um plano de posicionamento do governo de toda América Latina no combate da pobreza, inclusive destacando as abordagens que outros países estão fazendo para que a população tenha maior envolvimento e compromisso.

O *Seguro Escolar Gratuito* num contexto peruano, onde, neste momento, não existe um seguro de saúde como direito universal; criou-se como o meio pelo qual o Estado assume o pagamento das atenções de saúde e o risco de ocorrências, dos escolares pertencentes aos centros e programas educativos públicos, em níveis primários e secundários, com idades entre os três e dezessete (3-17) anos inclusive, dentro do especificado no plano de atendimentos criado para tal fim.

Na realidade, o único projeto de estruturação setorial, planejado na legislação da década de 1990, foi o modelo tradicional de seguridade universal obrigatória individual, que nunca se deu. No setor saúde, supõe a desapareção da estrutura atual dos três setores: MINSA, EsSALUD e Privado, e o estabelecimento de um setor com toda a população assegurada: uma parte no regime subsidiário e outra no regime contributivo. Isto conduz à inferência que o SEG se encontra dentro da modalidade subsidiária, que na prática apresenta-se como um seguro neopopulista e focalizado.

ARSE foi a unidade executora encarregada da implementação, condução e desenvolvimento do SEG, sua missão foi assegurar para as crianças e jovens que estudam em centros e programas educativos públicos o acesso permanente. A visão foi que, ao

finalizar o primeiro quinquênio de século XXI, todas as crianças e jovens do país tenham um seguro de saúde, como resultado de um suficiente e adequado crescimento do fundo de contingência do SEG, produto da autonomia e flexibilidade outorgada à administração de sua gestão.

O ARSE teve como objetivos apoiar os setores de pobreza e extrema pobreza para enfrentar os pagamentos econômicos das atenções da saúde das crianças, assumindo o pagamento gerado pelas prestações de saúde; melhorar as condições de saúde dos escolares; conseguir a acessibilidade das famílias ao Plano de Atenções de Saúde adequado a suas necessidades; melhorar o aproveitamento do educando; diminuir a evasão escolar; favorecer a continuidade da educação e potencializar o desenvolvimento do país com uma população mais sadia (JORGE, 2000).

A falta de uma regulamentação formal, na minha experiência de gestão, permitiu detectar uma ambigüidade nas funções de pessoal do ARSE. Por um lado, as determinações segurança foram derivadas do ARSE Central, do qual emanavam níveis elevados de pressão para tomar decisões nas diferentes instituições de saúde como executar as ações no sistema de informações e de prestações.

Por outro lado, a Direção de Saúde nas regiões, através de cada instituição de saúde oferecia resistência de execução às determinações e decisões de nível central, sejam no tempo estabelecido, seja na sua vontade política da autoridade de saúde, na

maioria das vezes por desconhecimento das disposições, o que não permitiu uma negociação fluida em termos administrativos com a Direção Regional de Saúde, entidade que entendem a ARSE como um ente externo independente, mesmo que o pessoal de coordenação administrativamente dependesse da Região, gerando um conflito de autoridade e poder.

A meta da ARSE foi gerar o fundo próprio de sustento financeiro para o SEG para o ano 2005; contar com uma administradora autônoma, em um marco legal que garante sua sobrevivência, independente dos interesses com os que convivam em suas circunstâncias; reduzir a brecha entre a demanda potencial e a demanda efetiva em 70%; reduzir em 50% a demanda potencial dos serviços de saúde da população alvo, convertendo em efetiva. Ainda, com a criação de sistemas de seguridade e a desativação de outros, essas metas não foram atingidas.

Apesar disso, segundo informações do MINSA nesse momento o atendimento odontológico reduziu em 25% da prevalência de carie dental, e em 50% as extrações dentárias na população alvo. Ocorreu também redução em 25% das taxas de evasão escolar em centros e programas públicos; bem como diminuiu em 70% o número de dias de alunos perdidos por razões de saúde; erradicou o abandono escolar por razões de saúde previsível e tratáveis; reduziu em 25% as taxas de doença - morte da população pelas 10 primeiras causas incluídas no Plano de Atenções do SEG (JORGE, 2000).

Não há antecedentes, no Perú, de existência de um seguro com as características e magnitude de cobertura como SEG, mas existem seguros privados de saúde, entre eles seguros escolares ofertados por empresas de seguro privadas, dirigido a escolares de colégios privados, com programas de atendimento, unicamente de acidentes e emergências ocorridas no lugar de estudos e durante o horário de aulas. O número dos assegurados do SEG nestes anos, excedeu aos 6'100,000 e o pagamento anual pelos atendimentos, no caso de doença, de cada assegurado tiveram uma variação entre US \$ 20 e US \$ 75.

O SEG brindou atendimento desde agosto de 1997 até Julho do 2001, tendo um regime especial que para usufruir não foi necessário pagar nenhum percentual da atenção, como no caso dos seguros privados, e foram incluídas aquelas doenças pré - existentes como uma doença crônica, câncer, necessidade de uma operação, gravidez, entre outras.

Para fazer uso do SEG não existiu período de carência, isto é: não precisa que transcorra algum tempo, como para os seguros privados que, em alguns, requerem um mínimo de seis meses. O SEG teve um plano de atendimentos mais amplo que incluiu os seguintes tipos de atenção: emergências acidentais e médicas, consulta ambulatoria, análise de laboratório, radiografias, insumos e medicamentos, hospitalização, dias de internação, alimentação, cirurgia, serviços por morte natural, nos casos em que o óbito tenha ocorrido numa instituição de saúde depois de

permanecer além das 24 horas e por uma causa registrada no plano de atenções.

O plano de atenções do SEG não contemplou a atenção pelos seguintes danos ou contingências: cirurgia com fins estéticos, doenças congênitas, emocionais e funcionais da mente; resultantes do consumo de drogas e álcool; por intenção de suicídio, prótese, enterro por suicídio, transplantes de órgãos, entre outros.

Tendo financiamento próprio os programas preventivos de saúde, doenças de transmissão sexual, doenças diarreicas agudas, infecção respiratória aguda, malária, leishmaniose, Síndrome de Imunodeficiência adquirida, brucelose, entre outros, o SEG não fez investimento duplo (Jorge, 2000), quer dizer que: não foram cobertas pelo SIS/SEG e permaneceram como atribuição dos programas preventivos.

Como foi dito, o 13/07/2001 criou-se o Programa denominado “Unidade de Seguro Público” com a fusão do SEG e o SMI pelo governo de transição do Presidente Valentin Paniagua que em poucos dias (28 de julho) entregou o mandato ao novo presidente, que resolveu terminar no dia seguinte a data da resolução com os programas ARSE e SMI, agradecendo aos dois coordenadores nacionais, e constituindo a Unidade de Seguro Gratuito do MINSA, que assumiu as funções dos Programas extintos. Essa Unidade esteve sob a direção do Vice-Ministro da Saúde, e os recursos humanos e materiais bem como as decisões estão sob a

responsabilidade do Programa de Apoio à Reforma do Setor Saúde – PARSAÚDE.

Ainda, foi determinado que, no transcurso de oito dias contados a partir do dia seguinte à data de expedição da resolução seriam transferidos os recursos humanos, materiais e documentação do SEG para PARSAÚDE; mesmo assim, foram designados os mesmos Coordenadores como novos Coordenadores tanto Geral do SMI e SEG como adjunto do novo Seguro Público de Saúde.

O governo do presidente Alejandro Toledo criou o atual “Seguro Integral de Saúde”, em 31/10/2001 (aos três meses do início do governo), que além da resolução nomeada; a diretiva N.º 1 – 2002 – USIS / CG de fechamento dos extinguidos SMI e SEG ; a Diretiva N.º 02 – 2002 – USIS – CG de Disposições Transitórias para o Início de Atividades do Seguro Integral de Saúde em nível nacional (período do 01 ao 31 de Janeiro do 2002), na diretiva N.º 003 – 2002 /USIS –CG do Fechamento do SEG e do SMI e Implementação do SIS (Anexo 7). As disposições expõem como objetivo geral alguns aspectos de transição dos extinguidos SEG e SMI a partir de 1 de Fevereiro do 2002, e no item n.º III cita o alcance da Diretiva que é de cumprimento obrigatório por todos os órgãos da Unidade do SIS do MINSA e no item n.º V, alínea 5.1 do Processo de Inscrição e afiliação ao SIS cita que todos os beneficiários dos extintos SEG e SMI automaticamente passam a fazer parte do SIS. Dessa forma, pode-se constatar que o SEG, extinto em sua denominação,

ainda está vigente quanto à sua operacionalização nos dias atuais.

Política de Saúde Escolar no Peru: O caso do SIS / SEG na ótica das Enfermeiras do Hospital Extensão Institucional: MINSA			
Artefato (objeto manufaturado)	Seguro Escolar Gratuito	Seguro Público de Saúde	Seguro Integral de Saúde
Criação	Através do Programa ARSE, RM. nº 076-99-AS /AD, do 17 /02 /1999.	R.M. nº 398-2000-AS/DM da fusão do Seguro Escolar Gratuito e Seguro materno Infantil do 13/07/2001	R.S. nº 445-2001 – AS do 31 /10/2001 determina o processo de inscrição e afiliação de todos os beneficiários do SEG e do SMI, que automaticamente passam a fazer parte do SIS. Diretiva nº 003 – 2002 / USIS – CG do MINSA
Governo do Presidente	Alberto Fujimori Fujimori	Valentin Paniagua	Alejandro Toledo Henríquez
Análise com o conceito de ideologia de Thompson (1995)	“Dissimulação”: Relações de poder desviadas da atenção. “Fragmentação”: Relações de poder separam os indivíduos que representam ameaça. “Legitimação”: Digno de apoio social (racionalização, universalização, narratização). “Reificação”: Relações de dominação dada de forma natural, a - histórica. “Unificação”: Relações de dominação entendidas como construção de um símbolo.	“Unificação”: Relações de dominação entendidas como construção de um símbolo. “Legitimação”: Digno de apoio social (racionalização, universalização, narratização).	“Unificação”: Relações de dominação entendidas como construção de um símbolo. “Reificação”: Relações de dominação dada de forma natural, a - histórica.
Colégio de Enfermeiros do Peru	Projeto Lei do Trabalho da enfermeira (o) peruana (o) arquivado.	Projeto Lei do Trabalho da enfermeira (o) peruana (o), não foi prioritário no governo de transição.	Projeto Lei do Trabalho da enfermeira (o) peruana (o) aprovado, promulgado e regulamentado; neste ano se promulgou também a lei do trabalho da obstetra ³⁵ e lei do trabalho da empregada doméstica.

³⁵ Em Peru existe com esta denominação o que corresponderia no Brasil à profissional da Enfermagem obstetra.

V. O Sistema Integral de Saúde / Seguro Escolar Gratuito no Perú.

A Prática das Enfermeiras do Hospital

Este capítulo descreve o processo de implementação do SIS / SEG, caracterizando os momentos ainda em construção, cujos elementos identificados estão relacionados ao processo de implementação do SIS / SEG; atividades das enfermeiras; racionalização do programa; estratégias das enfermeiras; controle social; exercício do poder estadual; e conflitos entre a família dos escolares, a equipe de saúde e a enfermeira.

1. *Processo de Implementação / (Des) cumprimento do SIS/SEG: Momentos Decisivos*

Quanto às políticas, normas, regulamentos que a equipe de saúde deve estar atenta na implementação do SIS/SEG relacionadas aos escolares, este tópico descreve as implicações ideológicas do programa quanto: criação do programa sem planejamento; difusão maciça pela mídia e a (re) formulação constante do programa

A criação do programa sem planejamento tem importância para as enfermeiras do SIS/SEG do Hospital nas implicações ideológicas e culturais. As sete depoentes relatam a “criação do programa sem planejamento”, reconhecendo a

importância da informação, previsão, implementação, apoio normativo, planejamento, capacitação e organização, encaminhamento, controle, visando assegurar o atendimento dos escolares:

... quando recém iniciou o SEG, não tínhamos boa informação, uns disseram que cobria uma coisa, outros que cobria outra coisa, existiram muitas dúvidas, e desconhecíamos do que se tratava... está mal encaminhado, pouco controlado ... que deve continuar, mais precisa ter normas, ter maior informação, ...

(Enf. Socialização)

... Eu acho que foram criados por motivos políticos pelo governo, mas não está bem distribuído, como no caso do Hospital Belén, além dos centros educativos do estado existe uma grande população que não é assegurada ... o SEG se cria de uma forma muito repentina. Só atendíamos a 15 assegurados diários ao início, mas agora a media quinzenal é de mil (1000) assegurados ...

(Enf. Autonomia)

... quando o SIS /SEG foi criado, esteve desorganizado e para as enfermeiras foi um trabalho a mais, na emergência o trabalho acumulou mais ... sem nenhum planejamento o pessoal de saúde deu atendimento pelo SIS / SEG, sim ter muita informação.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... eu acho a criação do SIS vai ser mesmo assim como o SEG que começou sem muita organização, sem ordenamento, igualmente isto está sendo feito, porque as condições não estão sendo as melhores e isto tem implicância e gera problemas tanto para os pacientes como para a enfermeira ... os Programas são sonhos de ópio, a verdade, porque devem dar-se as exigências necessárias que eu não olho, realmente, todo vem em forma vertical ...

(Enf. Filosofia)

... não estávamos preparados para brindar aquele serviço e foi recebido como uma imposição que nós chegou sem previsão, para executar sob responsabilidade, sem ser implementado bem, sem delineamentos precisos ocasionando muitas dificuldades ... foi criado com intenções eleitorais por interesse do governo, e

também foi uma solução social para a população ... faltou educar e capacitar a equipe de saúde na procura de brindar um bom atendimento conforme os objetivos e os alcances do programa, da mesma maneira para a comunidade, para assegurar o bom uso ...

(Enf. Ética)

... a criação do SEG por uma parte foi para que o governo ganhasse votos eleitorais ... na realidade há coisas que não podem ser cumpridas, o único afetado é o paciente, é o usuário que vem para melhorar sua saúde e a enfermeira que sente ruim por não poder alcançar sua missão ...

(Enf. História)

... o SEG foi visto como uma estratégia de ganhar adeptos, e soluciona um problema vital: a saúde que se apresenta e se resolve ... atingindo o aspecto cultural, não temos muitos alcances ... o governo não fez isto com aquela intenção de atingir realmente a saúde numa forma apropriada, as crianças na idade escolar, por enquanto como eu falei previamente foi com o propósito de ter um apoio eleitoral, um apoio popular ...

(Enf. Ideal de serviço)

A improvisação³⁶ de um Programa de Saúde, em um país como Peru, que tem estabelecimentos de saúde, em sua maioria em condições precárias, não garantia que fosse viável, limitando o desenvolvimento na instituição de saúde e o atendimento ao escolar e sua família.

Enquanto o médico considerou que as demandas complexas não estão sendo atendidas no hospital, o que é inadequado, conforme sua fala:

... no tocante aos níveis de atendimento de saúde ... por exemplo, num serviço de neonatologia especializado, apresenta-se um caso de cólica de gases, que é uma patologia muito freqüente aqui, que pode ser tratado num estabelecimento de saúde de

³⁶ Este termo foi utilizado para o programa, tendo em vista que o SEG foi criado através de um documento (Fax) enviado para todos os estabelecimentos de saúde do país (MINSA).

menor capacidade de resolução, deixando a oportunidade de brindar atendimento aos casos de patologias de maior risco.

(Médico: Inovação Profissional)

Para analisar as diretrizes verticais no Hospital, optei pelo conceito de ideologia de Thompson (1995). A ideologia é uma atividade crítica, inseparável duma reflexão sobre as relações de dominação em que as pessoas estão inseridas, e está presente em qualquer programa político e é uma característica de qualquer movimento político organizado. Dentro desta concepção, o autor descreve os principais sistemas de pensamento ou crença que animam a ação social e política, bem como a ideologia em termos das maneiras como o sentido, mobilizado pelas formas simbólicas, serve para estabelecer e sustentar relações de dominação.

Refletindo, a ideologia de contar com o atendimento de graça leva a população a dispor de um serviço antes não disponível; que na cultura dos povos em desenvolvimento gera um impacto de fazer uso dele, por um lado pela necessidade apresentada, sem ter as condições de eleger o tipo de atendimento, em que a comunidade se sente agradecida; pela falta de informação e conhecimento do Programa e da educação para a saúde; e por outro lado, pela exigência de atendimento garantido pelo Estado e pelos significados, ou seja, que a comunidade olha este programa como donativo do governo, que difunde o programa não como direito e sim como benefício.

No cenário de estudo, constata-se que as depoentes ofereceram atendimento sem ter a informação certa, improvisando funções de acordo com as circunstâncias, sem conhecimento do apoio legal para responder aos questionamentos da equipe de saúde e da comunidade, de acordo ao estabelecido e difundido pela legislação do SIS / SEG relacionados aos escolares, cuja diretiva da R.M. n.º 003-2002/USIS – CG considera a implementação do SIS, com alcance para todos os órgãos da Unidade do SIS em todas as I.S. do MINSA do Peru.

É possível exemplificar a forma de atendimento aos escolares, sem o sustento normativo que requer, trazendo como consequência a confusão da comunidade a respeito dos seus direitos, que afetam sua economia e também permitem a insatisfação da família, mesmo assim, a equipe de saúde sente-se impotente para controlar o programa, conforme um trecho da observação em serviço N° 4:

... chega um senhor que pagou o direito na consulta ambulatorial, e a criança foi hospitalizada no serviço de Pediatria para ser intervindo de um problema de Oftalmologia Ele diz que seu filho pertence ao SIS e que o hospital tem que fazer a devolução dos pagamentos que ele fez A secretária faz a avaliação da documentação e não tendo os documentos de referência na inscrição, ela informa que não pertence ao SIS, o senhor igualmente faz menção de injustiça social e ao não cumprimento dos direitos da comunidade. Diz que ele foi a I.S. perto de sua morada e não deram a possibilidades de pertencer ao SIS. Prossegue dizendo: o pessoal da Pediatria, falou para mim, que meu filho pertence ao programa SIS/SEG, e agora não esta recebendo o direito. O senhor vai embora contrariado ...

A cultura de ajuda existente no Perú permite que a comunidade conhecedora da possibilidade de atendimento nas I. S tenham sempre a disponibilidade de oferecer os seus serviços a outras pessoas diante das situações que afetam a sensibilidade social; mas sofrem discriminações provenientes do equivoque de saúde pela falta de informação e segurança na aplicação dos delineamentos e normas dos programas em diferentes níveis de atendimento, seja nos centros de saúde ou nos hospitais, mesmo que os profissionais assegurem a defesa dos direitos dos escolares; isto pode-se constatar neste passagem da observação n.º 4:

... nesse momento um senhor pede ajuda para uma senhora que não tem família aqui, ela trouxe seu menino doente com celulite, quem não foi inscrito no SIS e ele está ajudando, tem uma ordem de raios X que tem um custo de 23 novos sois³⁷ e ele tem só 16 novos sois. Observo que a assistente social avalia os documentos e a situação de saúde do menino e decide que só faça um pagamento de 10 novos sois, o senhor fala que a senhora mora perto a Hospital e que ali tem Centro de Saúde do MINSA e negaram a inscrição do menino no SIS/SEG. A assistente social depois que o senhor vai embora fala ... olha, este pode ser um caso do SIS, mas eu não posso fazer nada, pois não trouxeram documentos, provenientes do centro de saúde, isto é uma grande limitação. Nós somos integradas ao programa SIS faz 45 dias, sem nenhuma capacitação, deram para nós indicações confusas, e agora resultou num sério problema ...

Obs. n.º 4

A falta de compromisso do pessoal de saúde, estudada por Johnson (2001, p. 29) quanto à

³⁷ Nome da moeda peruana nesse momento

reestruturação institucional do setor saúde, reflete na problemática institucional de governabilidade do setor e que tem como consequência a ineficácia e ineficiência no uso de recursos tanto públicos como privados, uma deficiente qualidade dos serviços e um pobre atendimento à população. Os problemas podem ser de caráter estrutural, vem como funcionais e culturais, entre outros. Pode-se também considerar o baixo nível de qualificação do pessoal da função pública; escassez de profissionais das ciências sociais, que permitam formar equipes multidisciplinares e polivalentes para a solução de problemas; sistema prestador de serviços desarticulado; esquemas inoperantes de referência e contra - referência; e normas administrativas e de pessoal rígidas que dificultam uma administração eficaz e eficiente.

Isto pode ser observado, depois de muitos anos de criação do SIS/SEG, o acesso ao atendimento de saúde ainda não é fácil para as crianças matriculadas nas escolas públicas, por diferentes motivos; um deles é o acesso à filiação do SIS/SEG pela falta de documento de identidade e compromisso assumido pelo pessoal de saúde, que diante das limitações gera um trabalho carregado de confusão e conflito.

Pereira (1998, p. 10), partindo do pressuposto de escassez de recursos, define que o objetivo da reforma é garantir um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema e com base em três estratégias:

“Intensificação da descentralização, flexibilizando os critérios de habilitação, dos estados e municípios,

fixados através das normas operacionais, e clareando a definição das atribuições e do poder decisório em cada nível; montagem dum sistema de atendimento de saúde constituído de dois sistemas: ... atendimento básico e atendimento especializado e hospitalar; e montagem de um sistema de informação e que permita gerar indicadores para avaliar resultados e qualidade de atendimento, desempenho dos serviços, custos e gastos, assim como vigilância epidemiológica".

Nas experiências de participação no Programa de Capacitação Materno Infantil (PCMI), os serviços de saúde desenvolveram estudos que apontaram indicadores para mudanças ou indicadores de avanço ou de alerta quanto à implementação. Acredito que, mesmo dentro das institucionais regionais, onde a expectativa de conhecer a realidade da própria instituição, diante os resultados destes estudos, existem interesses internos que mascaram estes resultados, com a finalidade de apresentar em nível central, resultados de alcance ótimo e ganhar qualificações nos termos de crédito de serviços. O problema tornou-se maior para as enfermeiras porque, mesmo que existiu a decisão de oferecer um cuidado básico de qualidade e especializado, não existiram as condições estruturais e de equipamento para atingir este objetivo.

Esta situação foi reforçada pelos interesses dos mesmos trabalhadores, que cada dia foram controlando mais os dividendos econômicos da instituição, para garantir que a cesta familiar mensal³⁸ de cada trabalhador não

³⁸ O Ministério de Saúde, numa forma de incentivo aos trabalhadores de saúde, dos pagamentos por direitos de atendimento e ingressos próprios (produção) de cada estabelecimento de saúde que foi distribuído entre todos os trabalhadores na forma de uma cesta de viveres.

seja afetada, no contexto de autogestão de cada estabelecimento de saúde, que gera recursos próprios; no meu entender, este tipo de autonomia hospitalar, mesmo que produz recursos econômicos com os avanços da modernidade, limitou as possibilidades de acesso à população mais carente. Por outro lado, a situação salarial precária do trabalhador de saúde muitas vezes nas negociações sindicais não toca a segurança da cesta familiar; o que, isso significaria ser revisto para não colocar em risco a necessidade de atendimento de qualidade que acarreta um custo, seja com pagamento da consulta ou através do SIS/SEG.

Arroyo (2000, p. 54), encontrou em seus estudos que:

...” las entrevistas en profundidad revelan que para los directivos de esas instituciones está más a la mano la evaluación de los costos por unidad de servicio que el estudio de los costos públicos en salud, o la medición de los años de vida ganados por la actividad desempeñada”.

Esta realidade foi constatada, na experiência como coordenadora de ARSE, nas visitas que realizei nesta região, em que encontrou-se nessa época estabelecimentos de saúde na modalidade Conselhos Locais de Administração em Saúde³⁹ em nível de Centro de Saúde, que tem uma denominação de “Cabeça de Micro Rede de Saúde”, nos termos de projetos de saúde gerenciais. Considerando que estes estabelecimentos se encontram longe das cidades mais importantes, nelas ocorrem até agora

³⁹ CLAS - D.S. 00194-AS; R.M. No.176-2000-SA/DM; R.M, No. 1491-2002-SA/DM; R.M. No. 1743-2002-SA/DM; Estatutos dos CLAS, Constituição Política do Perú.

procedimentos de maior complexidade. Observei que a Cabeça de Micro Rede tinha uma implementação importante quanto à infra-estrutura e equipamentos, inclusive com uma unidade de transporte móvel própria e estabelecimentos de saúde. Nos depoimentos dos gerentes, nota-se que as necessidades dos locais mais longínquos e de maior necessidade não recebiam recursos disponíveis em nível central enviados para ser distribuídos pela Cabeça de Micro - Rede, e na administração do pessoal existem diferenças quanto à figuração aos registros do pessoal, vagas, benefícios sociais, cesta familiar, entre outros.

Nos estudos de Arroyo (2000, p. 61 - 65) referente aos ingressos de cinco hospitais da capital peruana, o autor destaca:

... el aporte del Estado no há disminuído en estos años en términos de valor absolutos aunque sí em términos relativos ... em los últimos años el tesoro público proporcionalmente gravita menos em los presupuestos hospitalários. Esto a prsar que em términos reales las transferências del Estado se mantuvieron estacionarias entre 1991 y 1993 para luego comenzar um aumento notorio ... em el Perú el porcentaje promedio del gasto corriente em salud, destinado a nivel nacional a los hospitales es del 54%, mientras que a nivel central es del 70%. De ahí la necesidad de buscar nuevas fuentes de recursos, así como de lograr formas más eficientes de gerenciar las operaciones hospitalarias ... éstas políticas de recuperación de costos vienen originandopreocupación sobre sus implicancias sobre la equidad em el acceso y la utilización de los servicios hospitalarios.

O orçamento dos hospitais neste sentido de iniquidade, analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1995, p.86), pode ser numa estratégia de

fragmentação, dentro de uma estratégia típica de construção simbólica de diferenciação:

“... dadas às instituições diferentes e divisões entre pessoas e grupos, apoiando as características que as desunem e os impedem de constituir um desafio efetivo às relações existentes, ou um participante efetivo no exercício de poder”

O fato de dispor de recursos próprios de pagamento das consultas ou da oferta de serviços dos hospitais, destaca o aspecto “recurso próprio”, dentro das necessidades duma parte da população, que poderia ser no melhor dos casos, os mais carentes que procuram os serviços; contrariamente numa orientação de gerar produção como trabalhadores, exige destes recursos próprios o cumprimento mensal de receber uma cesta familiar, que equilibre sua economia precária devido aos baixos salários. Isto pode ser ilustrado com o depoimento do médico:

Um das estratégias está no sentido de eliminar ou desvirtuar toda a possível rejeição de informação tanto do pessoal médico como não médico da instituição, é que os trabalhadores de saúde tinham temor de perder a cesta familiar recebida cada mês do saldo positivo do orçamento financeiro dos hospitais do país, com o pensamento de que todos terão acesso a esta segurança e já não ingressaram recursos econômicos aos hospitais como antes ... Então a posicionamento foi o seguinte: nós sabemos que o hospital é um hospital de caridade que muitas pessoas pobres vêm a solicitar atendimento e que um 80 ou 90% não fazem o pagamento por isto, até mesmo de sua hospitalização, isto é a norma institucional, mas se faz na forma parcial ou total, então estes usuários que sempre foram dispensados agora, eles terão sua segurança de saúde, eles pagaram seu atendimento e o dinheiro será reembolsado para o hospital, e já não vai perde-se os recursos do hospital como antes.

Nos serviços, pude observar a mudança da cultura hospitalar que nos anos anteriores foi da herança de instituição de beneficência em que nasceu o Hospital. Eu lembro que diante das carências dos usuários qualquer pessoal de saúde tentava conseguir o atendimento, fazendo uso das considerações e amizades do hospital; agora não é mais assim, todos são encaminhados na opção do SIS/SEG, com as limitações expostas. Com este objetivo de conseguir recursos próprios, fortaleceu-se o pagamento do atendimento no Programa CRED (Crescimento e Desenvolvimento da Criança Sadia) caindo deste jeito em extremos e, o que é mais sério, em risco de a população de não ter acesso nem a avaliação do desenvolvimento das crianças sadias.

Estudos sobre a intercultura na atenção da saúde realizada pelo MINSA (2001) tentaram dimensionar e entender a satisfação dos usuários, com a metodologia e questionários usados nos países desenvolvidos; sem compreender que a lacuna entre os prestadores e usuários nos países da América Latina tem um forte componente cultural. Em todos os países do mundo, os médicos e os usuários se diferenciam, tendo em vista que os primeiros têm uma cultura profissional e os segundos uma cultura empírica de saúde; porém, ambos compartilham a mesma cultura nacional.

Isto demonstra que não se pode impor nenhum tipo de pensamentos, idéias, normas, ou qualquer coisa estranha a essência cultural dos indivíduos, seja

isolados, agrupados, em equipe, somente para atingir os objetivos olhados dum só lado, sem respeitar a sensibilidade social e os códigos simbólicos de cada cultura porque os indivíduos tem seus próprios significados, e que o estudo do MINSA peruano já é um início de mudança das futuras propostas, mas que necessita de uma urgente intervenção quando está em risco a saúde coletiva das crianças..

Almeida (1999,p.267) nos estudos sobre reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde e as experiências internacionais e tendências e mudanças, ressalta quatro enfoques para o consumidor (quem deve ter suficiente informação), como diferentes perspectivas de formulação de políticas e de gerenciamento, e encobrem diferentes conflitos presentes em cada estratégia nas propostas de reforma relacionadas a consumidor (usuário): visto como aquele que recebe os serviços, como administrador, como contribuinte e como líder, e sintetiza:

... a despeito do grande entusiasmo pela avaliação de desempenho e pela avaliação do consumidor, essa perspectiva cria tensões, pois ao mesmo tempo em que estreita relações legais, políticas e normativas ... nem sempre significa melhores resultados. De qualquer forma os autores destas propostas, alertam para a complexidade das relações inerentes a essas mudanças, e principalmente para as dificuldades operacionais que suscitam.

Neste estudo, posso dizer que o usuário de Hospital já tem uma participação mais ativa das avaliações, e mesmo com tensões participa ativamente delas; mas este estudo não garante uma avaliação nos termos de

valoração exata, mas pode dar idéias, como pontos de referências para outras pesquisas; isto deve-se à nova cultura de participação de controle do Estado, assumida pela cidadania nos últimos tempos que permeia a corrupção nas instituições estatais

Araújo (1999, p. 73) nas experiências no Brasil feitas nos estudos sobre efetividade de programas, enfoca que:

... o problema no caso de Brasil, é que as ações programáticas raramente foram avaliadas em sua implantação, não se reconhecendo minimamente, em uma analogia aos protocolos de tratamento dos ensaios terapêuticos, o nível de integralidade (quantitativo e qualitativo) da intervenção recebida pelos usuários.

Esta situação também ocorre no Perú, onde existem avaliações restritas. Contudo a população aprendeu a denunciar os casos de não cumprimento das suas expectativas e das normas conhecidas por eles. Torna-se necessário as instituições de pesquisa ou os críticos analistas, os quais alguns estão sendo citados neste estudo, apresentaram propostas para o desenvolvimento de estudos de avaliação sob outras óticas. Estes estudos ainda são escassos, e os poucos estudos que existem estão sendo lidos só pelas pessoas dum setor profissional crítico; na realidade estes dados não chegam á maioria dos profissionais, muito menos à população.

Pode-se inferir que as Diretrizes verticais do SIS / SEG foram permeadas por uma série de problemas referentes às inter-relações do sentido (significado) e poder. A criação do programa de uma forma

repentina, sendo recebido como uma imposição, num pacote amplo, que pode ser denominado não só como uma popularização da reforma num contexto pré-eleitoral, mas o uso do direito como um símbolo de significado de benefício, recebido gratuitamente, numa estratégia de legitimação, na qual nas relações de dominação são consideradas dignas de ser apoiadas (THOMPSON, 1995) pela população, cuja educação e capacidade de reflexão são limitadas pelas grandes diferenças sociais, culturais e o abandono das mínimas condições de humanidade dos países em desenvolvimento, gerando tensões no atendimento dos escolares.

A criação de um Programa sem planejamento analisado pelo conceito cultural do Geertz (1989, p. 185), poderia definir-se um problema de reducionismo, na psicologia e na ciência social:

"... os níveis que tentamos discriminar (organismo, personalidade, sistema social, cultura) ... são níveis de organização e controle. Os níveis inferiores "condicionam" e por tanto um certo sentido "determinam" as estruturas nas quais eles entram, no mesmo sentido que a estabilidade de um edifício depende das propriedades dos materiais empregados em sua construção ... a organização controla as relações dos materiais, uns com outros, nas formas pelas quais são utilizadas na construção e em virtude das quais eles constituem um sistema ordenado de um tipo particular – "olhando de cima para baixo" na serie; sempre podemos investigar e descobrir conjuntos de "condições" das quais depende o funcionamento de uma ordem mais levada de organização ... devidamente compreendidas e avaliadas, essas condições são sempre determinantes autênticos do processo dos sistemas organizados nos níveis superiores seguintes".

Desta forma as lacunas existentes no programa ocasionam conflitos constantes entre os diferentes níveis de participantes e encobrem a verdadeira causa dos processos inoperantes; como uma estratégia de dissimulação que Thompson, (1995) define como as relações de poder para serem efetivadas, são negadas, ocultadas e são desviadas da atenção das pessoas.

Quanto à difusão do programa através da mídia, no qual o sentido foi transmitido com mensagens como notas de imprensa, que nos arquivos revisados na implementação do programa (anexo 8) como por exemplo: *"cada padre debe defender el derecho que sus hijos tienen de atención gratuita en un establecimiento de salud si estudian en un centro educativo estatal"*, estas mensagens tiveram e têm significados próprios para a cultura peruana.

Das sete depoentes enfermeiras, três mencionam a difusão maciça de mensagens que o Estado faz através da mídia, que repercute como um bombardeio no que diz respeito ao atendimento dos escolares, e também reconhecem as implicações frente à população:

... a criação do SEG se pregoava aos quatro ventos pela mídia, que o SEG é de graça, que tinham que levar a seus filhos à instituição de saúde no caso de doença das escolas particulares, transferiram a seus filhos à escolas públicas somente para ter direito ao SIS/SEG, por razões que no Peru a situação econômica é muito crítica, e ao ficar doente uma criança vem as instituições de saúde que lhe oferece tudo o que se pode ...

(Enf. Socialização)

... porque foi imposto com uma difusão em todos os meios numa maneira exagerada,... porque o Estado fez a difusão através da mídia que não tiveram porque faltar estes ... assim este processo tornou - se um trabalho de acordo com as circunstâncias; alguns protestaram, e outros compram os insumos e medicamentos ... repercutiu muito na atenção da população o bombardeio da propaganda, que fez o governo através da mídia, o que fez também sobrecarregar nosso trabalho, pois a comunidade veio exigir atendimento ...

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... o SIS/SEG foi criado com fins governamentais, em um momento de desespero eleitoral ... no curso do tempo foi faltando o recurso um a um, gerando os problemas, então a mídia fazia a difusão com a propaganda de que o SIS/SEG era de graça.

(Enf. Ética)

O médico declarou que a mídia enfocou muito do SIS / SEG, o que fez com que a população procurasse o atendimento independente dos níveis das instituições de saúde:

... A mídia comentou muito do SEG, e a população foi acreditada com direito de desfrutar uma atenção especializada, sem ter passado pelo filtro que são os Centros de Saúde, isto gerou umas séries de conflitos ...

(Médico: Inovação Profissional)

Para Thompson (1995), os meios de comunicação de massa implicam fluxo de mão única de mensagens do produtor para o receptor, e intuem um corte fundamental em que os receptores têm relativamente pouca possibilidade de intervir no processo comunicativo e de contribuir para seu curso e conteúdo, permanecendo intacta a assimetria fundamental do processo comunicativo. A *assimetria* possui interações que o citado autor denomina de

impacto interativo dos meios técnicos; enfocando as maneiras como estes se transformam e são capazes de transformar a natureza de interação social nas sociedades modernas, num desenvolvimento que serve para criar novas formas de relações sociais, novas maneiras de agir e interagir, de expressar-se e de respondermos às expressões dos outros.

Sendo a cultura fundamental para transmitir estas mensagens, é importante conhecer que as instituições de comunicação de massa são vistas como parte do sistema dos aparelhos ideológicos do Estado, isto é, como um dos mecanismos, ou como um feixe de mecanismos, através dos quais a ideologia da classe dominante se concretiza e a reprodução das relações de produção é garantida. Pode-se aceitar que esta ideologia contém elementos conflitivos e contraditórios, e que também pode-se incorporar elementos provindos de grupos subordinados. As instituições de comunicação de massa são definidas pela sua função de garantir a coesão e a reprodução social através da transmissão e da inculcação da ideologia dominante (GEERTZ, 1989).

O processo da mediação da cultura moderna tem a ver com a proliferação rápida de instituições e meios de comunicação de massa e o crescimento de redes de transmissão através das quais, no Perú, no caso do SIS /SEG, estas formas simbólicas mercantilizadas se tornaram acessíveis a um grupo cada vez maior de receptores, especialmente daqueles de menores recursos econômicos e sociais.

Na experiência no Peru, com a revisão dos inúmeros jornais e propagandas no rádio, pode-se supor que uma das conseqüências do caráter intrinsecamente público dos produtos da mídia é que o desenvolvimento da comunicação de massa foi acompanhado por tentativas para exercer o controle, por parte das autoridades do Estado e de outros grupos reguladores, sobre as instituições de massa. Os meios de comunicação, sobretudo a televisão, ao produzirem estas informações, transformam os acontecimentos selecionados para se tornarem notícias, em verdadeiros espetáculos.

Connor (1992), na década de 60, narra que se percebia “na vida contemporânea uma ‘sociedade de espetáculo’, em que a forma mais desenvolvida de mercadoria era antes a imagem do que o produto material concreto”, e que, “na segunda metade do século XX, a imagem substituiria a estrada de ferro e o automóvel como força motriz da economia. Por sua condição de “espetáculo”, parece que o mais importante na informação passa a ser aquilo que a sociedade tem de atração, de entretenimento. A informação, que parece ocupar o lugar deste conhecimento, tornou-se, ela própria, a base para a reprodução do sistema, uma mercadoria a mais em circulação nesta totalidade. A confusão entre conhecimento e informação, entre totalidade e fragmentação leva à concepção de que a informação veiculada pelos meios é suficiente para a formação do cidadão. Na verdade, o conhecimento continua a ser condição indispensável para a crítica; a

presença, em maior ou menor intensidade de acordo com a classe social, da tecnologia na sociedade, e particularmente na vida familiar, é constatável.

A definição de Connor é compartilhada por Degregori (2000, p. 115) que destaca com clareza a situação contextual da estratégia do Presidente Fujimori, no sentido populista, eleitoreiro, nos termos seguintes:

Uno de los factores con los que contó Fujimori⁴⁰ para contrarestar la inexistencia de um partido gobiernista, fue el carácter mediático de su liderazgo. Así el gobierno dependió desde um principio y em gran medida de la buena voluntad de los medios, especialmente de la televisión. Por eso, si la buena voluntad escaseaba, la conquistava.

Por outro lado, Almeida (1999, p.264) faz uma análise dos modelos reformadores, que o meu critério, reforçam a estratégia ideológica de dissimulação na modalidade de deslocamento de Thompson (1995, p. 83)

... os modelos reformadores que emergem dos anos 90, suavizam o discurso ideológico ... na realidade, as reformas em cursos tentam lidar com os novos problemas que as políticas restritivas da década anterior maximizaram, jogando-os nos centros das diferentes areias setoriais, recuperando sob novas bases, a perspectiva do Estado minimalista, sendo uma das principais características: a centralidade da perspectiva econômica, a difusão das premissas para todos os setores e o deslocamento do foco para a operacionalização das políticas, retirando-o dos princípios que embaçam a sua formulação.

A difusão feita pelo Estado peruano, através não só da televisão, mas dos panfletos, que eu pude observar no trabalho de campo, assim como os murais feitos de

⁴⁰ Presidente da República do Peru desde 1990 até 2000, época de criação do SIS / SEG.

material de muito custo, colocados em estabelecimentos de saúde de maior complexidade como é o caso do Hospital Belén com mensagens sobre o SIS / SEG, nas quais se pode observar crianças segurando cartões, que ressaltam o uso de medicamentos, injeções, entre outras. O desvio dos princípios de formulação da criação do SIS / SEG, definindo desta maneira as relações de dominação, que são consideradas racionais, em que o produtor e forma simbólica são construídas através de uma cadeia de raciocínio que procura defender, persuadindo como algo digno de apoio.

Numa análise ideológica, a finalidade foi procurar manter a ordem e a vida social dentro do território sob sua jurisdição, neste caso, o Perú (THOMPSON, 1995).

Cabe destacar as grandes redes internacionais de televisão; o alcance do rádio; a velocidade da divulgação das informações selecionadas pelas agências internacionais de notícias propicia uma reflexão sobre as representações, os valores e a ideologia que circulam na rede e influenciam os novos sujeitos que resultam desta realidade e estão na instituição de saúde, sejam enfermeiras, alunos, médicos, funcionários, pais e outros interessados. Todos se congregam em torno de objetivos comuns; são todos participantes de uma realidade social, caracterizada por uma ideologia. Para Chauí (1983 p.106), "A ideologia é uma das formas de práxis social, aquela que, partindo da experiência imediata dos dados da vida social, constrói abstratamente um

sistema de idéias ou representações sobre a realidade".

Esta idéia analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1998) significa que o uso dos meios de comunicação implica a criação de novas formas de ação e interação na sociedade, novos tipos de relações sociais e novas maneiras de relacionar-se com os outros e com um mesmo. Ainda o autor (p.17) enfoca que:

..."quando os indivíduos utilizam os meios de comunicação, se introduzem em formas de interação que diferem em certos aspectos do tipo de interação de pessoa a pessoa que caracteriza a maioria dos encontros da vida quotidiana ... de modo fundamental, o uso dos meios de comunicação transforma a organização espacial e temporal da vida social, criando novas formas de ação e interação e novos meios de exercer o poder dissociado do fato de compartilhar um local comum"

No início da criação do SIS/SEG, no ano 1997, o que tem concordância no caso peruano segundo os estudos de Degregori (2001, p. 117):

... Durante 1998, los programas políticos de formato tradicional desaparecieron de la TV abierta ... Si bien la caída de la popularidad de Fujimori durante los años 1997 y 1998 no se puede explicar por una sola causa, y en ella tuvo mucho que ver la crisis económica, también es cierto que los destapes de "Contrapunto" y "em pessoa"⁴¹ contribuyeron en grado importante a esa caída. Esta afirmación podría probarse indirectamente, pues si bien la recesión a lo largo de 1999, el regimen fue capaz de recuperar la popularidad a pesar de la crisis económica, entre otras causas por la absoluta ausencia de crítica televisiva o regime foi capaz de recuperar a popularidade a pesar da crise econômica; entre outras causas pela absoluta ausência da crítica televisiva. El control de los medios

⁴¹ Programa televisivo de caráter político.

culminó justo antes de la campaña electoral, y la congeló. No había programas políticos; las notas policiales abrían los noticieros, seguidas por "temas hoamnos"; no se permitía siquiera propaganda electoral pagada al contado. Aparentemente el objetivo del regimen era la despolitización del electorado".

Pensar a comunicação como espaço estratégico não é mais que situar-nos em determinados campos como realidades presentes e olhar como a cultura dos meios se insere com muita força na educação, política, televisão, violência dos meios e a cultura popular. Nestes espaços se intercalam novas significações, produto da cultura midiática. Entidades que se tem que assumir como novos pontos de estudo; aspectos que favorecem a idéia ou a necessidade de "(re) figuração do pensamento social", no sentido da virada cultural que foi introduzida atualmente.

A respeito, Geertz (1991, p. 76) destaca que:

"Deste modo, não falamos duma questão que se refere a exportes extravagantes e a curiosidades ocasionais o do fato admitido de que o inovador é por definição difícil de categorizar. Na realidade falamos dum fenômeno que é muito geral e específico como para sugerir que o que estamos observando não é outro simples traçado do mapa cultural ... deslocamento de umas poucas fronteiras em disputa, a sinalização de certos lagos de montanha pitorescos, sim não uma alteração radical dos princípios da própria cartografia. Algo que lê está sucedendo al modo em que pensamos sobre o modo em que pensamos".

A sociedade composta pelos escolares e suas famílias e também os profissionais produz as representações, as formas simbólicas pelas quais se rege, e se transformam em bens simbólicos no processo

de circulação, o qual se dá conforme as características da formação socioeconômica. As formas simbólicas são próprias do ser humano: a língua, numa criação que facultou ao homem se comunicar poderia ser bom exemplo. O que caracteriza a época em que vivemos não é, portanto, a circulação de bens simbólicos, mas a grande mediação, resultado da tecnologia, que se interpôs nesta circulação aos meios de comunicação, os quais permitem a formação de redes planetárias, nas quais circulam valores, que atendem a interesses dos espaços de poder para governar, na maioria das vezes só para manipular dissimulando e legitimando a própria manipulação.

No tocante às (re) formulações constantes do SIS/SEG, nos anos de 2000 e 2001 ocorreram mudanças conforme os presidentes e suas orientações ideológicas. O SEG foi denominado pelo presidente Fujimori em agosto de 1997; o Sistema Público de Saúde pelo presidente transitório Paniagua em Julho de 2001; e o SIS pelo Toledo em Outubro de 2001. Cada governo fez formulações com a finalidade de criar um maior impacto, considerando que o SIS/SEG é um sistema de maior aceitação pela população.

Segundo Thompson (1995), as pessoas situadas dentro de contextos socialmente estruturados têm, em virtude de sua localização, diferentes quantidades e graus de acesso a recursos disponíveis. Estas posições como é o caso de um presidente de governo, num campo social ou numa instituição, fornecem a estes indivíduos diferentes graus de poder para tomar

decisões, conseguir seus objetivos e realizar seus interesses.

Vale acrescentar que, no contexto assimétrico peruano dos diferentes governos, estas relações de poder transformam-se numa forma de dominação, pois a população recebe as determinações do governo tendo a possibilidade de responder com insatisfação ou aceitação nos espaços onde se oferecem atendimento do SIS / SEG; contudo, quem recebe estas respostas é a equipe de saúde, especialmente a enfermeira que fica as 24 (vinte e quatro) horas do dia em contato com os usuários, um pessoal que é parte da comunidade, que sente as mesmas pressões da assimetria; gerando-se o confronto constante, temática que permeia neste estudo.

Este confronto pode ser considerado como uma estratégia que Thompson (1995) chama de reificação na modalidade de diferenciação, que apóia as características que as desunem e os impedem de construir um desafio para as relações existentes. Os defeitos de uma ferramenta aparecem quando ela é usada, e as fraquezas intrínsecas do conceito avaliativo da ideologia se revelam quando elas são utilizadas como estratégias para criar, sem previsão, um programa que não alcança êxito e então deve ser (re) formulado constantemente.

As estratégias expostas particularmente nos estudos sobre fontes sociais e conseqüências da ideologia, na qual o conceito está ligado a um mecanismo altamente desenvolvido de análise do sistema social e

de personalidade, cujo próprio poder serve apenas para enfatizar a falta de um poder semelhante no lado cultural (no sistema simbólico). Por outro lado, a sutileza com a qual os contextos são manuseados aponta a inércia com que o pensamento é manuseado, o que lança uma sombra de imprecisão sobre toda a discussão, uma sombra que mesmo a mais rigorosa austeridade metodológica não pode dispensar (GEERTZ, 1989).

O total das enfermeiras depoentes reflete esta questão, quando elas dizem que o programa SIS/SEG ainda está em processo de organização, necessitando de delineamentos normativos. Nos dias atuais, existe confusão quanto às normas antigas e as novas; as enfermeiras têm pouca capacidade de dar opinião pelas normas imprecisas e pela falta de capacitação e conhecimento:

... tem muitas limitações, não se têm uma boa informação das mudanças que se estão produzindo cada dia, não sabemos a quem vamos a atender, faltam normas, e a quem vamos a dar atenção ...

(Enf. Socialização)

... eu vi a resolução de data 13 de Julho onde determina a unificação do SEG e o Seguro Materno Infantil, tendo uma nova denominação, chamado Seguro Publico Unificado; para mim isto é positivo porque já não vamos a fragmentar a atenção, o estado vai fazer um só gasto, no caso que o usuário precise de um medicamento, o SEG poderá contar com os medicamentos de outros programas ...

(Enf. Autonomia⁴²)

⁴² Usaram-se duas entrevistas da mencionada enfermeira, a primeira como parte da entrevista piloto no momento do SEG que se decidiu incluir neste estudo e a segunda neste ano após das mudanças do SIS / SEG.

Ainda acrescenta:

... agora o pagamento é por tarifa não é como o SEG que o pagamento se dava por cada serviço oferecido, agora é por exemplo: partos: 35 novos sois (25 reais), mais nosso trabalho alcança a informar o consumo dos assegurados durante 15 dias (laboratório, raios X medicamentos); e demais outras coisas ...

(Enf. Autonomia)

... ainda não é claro se o SIS está-se implementando ou o SEG se unirá com o Seguro Materno Infantil ...

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... Nós também temos o problema que se está suscitando agora que não sei ... se está dizendo desde ontem que já não há de jeito nenhum o programa SEG, que já não terão o atendimento feito até o 31 de Janeiro; que agora o escolar tem que se inscrever novamente, agora há problemas maiores e a medicina já não se dá desde ontem ...

(Enf. Filosofia)

... eu conheço que já se deu a resolução do SIS mais na prática até agora isto não está aplicando-se ... O SEG continua em vigência, mesmo que fala-se da fusão do SEG e o seguro materno, até hoje não é aplicado e gera mas confusão na população

(Enf. Filosofia)

... O SIS está sendo implementado hoje, eu ainda não posso dar uma opinião, mas até hoje os assegurados por SEG estão perdendo um pouco, porque o SIS como eu entendi não se dá no Trujillo, o projeto piloto executa-se nas zonas marginais. O SIS atualmente está alterando a atenção, e prejudica as crianças ...

(Enf. História)

... agora neste momento em que o SEG, está mudando como SIS ... pois a hora que vai administrar tratamento não tem os recursos necessários à mão, ainda esta segurança encontra-se em processo de organização ...

(Enf. Ideal de Serviço)

Da mesma maneira, o médico fala sobre o trabalho nas escolas, ressaltando que hoje já não tem mais que fazer isto, porque o pilar fundamental já não são só os escolares. Ele considera que o programa ampliou a sua cobertura de atendimento à população:

... agora não é como antes, que tínhamos que trabalhar muito nas escolas, agora não, e ainda mais por que o SIS já não tem como pilar fundamental os escolares, já não é nenhuma exigência ser o estudante escolar para ter segurança de saúde ...

(Médico: Inovação Profissional)

No cenário de estudo, observou-se a concorrência aos serviços do SIS/SEG de outro tipo de usuários, além dos escolares. Na experiência na coordenação regional ajudou a constatar que os documentos e os registros incluem (re) formulações adaptadas ao novo tipo de usuários, mas na finalidade a filosofia de atendimento e os processos são os mesmos, assim como as limitações que geram conflitos e problemas, como é o caso da distribuição de recursos, as confusões nos delineamentos das normas, entre outros; situações que são geradas por um processo de implementação do programa improvisado e sem previsão.

Os programas que são criados e implementados de forma improvisada não só levam à falta de informação num primeiro momento, como nestas constantes mudanças políticas e (re) formulações dos critérios, muitas vezes fora dos objetivos para os quais foram criados, permitem por um lado uma constante desinformação atualizada dos mesmos, pois o trabalhador de saúde do MINSA já tem programado uma sobrecarga de atividade que será avaliada

posteriormente pela natureza das I.S. de oferecer atendimento a uma grande parcela da população, que são as mais carentes socialmente. Por outro lado, no caso das enfermeiras, elas estão assumindo de forma implícita a responsabilidade de responder às novas mudanças, como ponto referencial de conhecimento diante das dúvidas do resto de pessoal; e que, muitas vezes, devido à complexidade de sua responsabilidade, a enfermeira não pode assumir as capacitações constantes emanadas dos diferentes programas dentro de sua I.S.

Para esta situação foram selecionadas duas passagens das observações para ilustrar:

08:00 Em companhia de X. (enfermeira), realizamos uma visita ao serviço de maternidade e ela pergunta a enfermeira do serviço pelos pacientes do SIS, Y. (enfermeira), diz, eu não sei nem como fazer o manejo desses pacientes, não temos orientação ... um dia dizem uma coisa outro dia outra, ... é uma verdadeira mortificação.

(Obs. n.º 1)

09:00 Ingressamos ao serviço de medicina e saudamos a Z. (enfermeira), que imediatamente perguntou, olha X. (enfermeira), eu não compreendo como é o novo programa SIS/SEG, o outro dia não pude assistir à reunião de capacitação para apreender a fazer o preenchimento dos novos registros, falaram para mim que novamente mudaram todo?

(Obs. n.º 1)

Pelo observado, pode-se constatar que a (re) formulação constante do SIS/SEG foi muito mais complexa que a falta de informação e organização; esta tem vinculação com o déficit de recursos humanos e financeiros, bem como de organização, entre outros aspectos relacionados com o

planejamento que incluem previsões e contingências; mas ainda falta uma identidade institucional vinda desde os mais altos níveis de decisão em saúde, no sentido de garantir e defender os direitos legítimos dos usuários que são a razão mesma de vida das I.S.

Nos estudos de Portocarrero e Komadina apud por Arroyo (2001, p. 75), os autores ressaltam que:

... En el Perú la tradición autoritaria no es "legal". Desde la Colonia, al menos el autoritarismo há sido considerado casi siempre um "exceso", algo que no debiera existir. Pero en contra de lo que opina la mayoría, el autoritarismo es una realidad cotidiana. esta tradición há permitido al neoliberalismo sodtener una posición de apego formal a la legalidad democrática, al mismo tiempo que en la práctica se violan los reglamentos. El neoliberalismo logra conjugar la democracia con la arbitrariedad. Y la gente sigue apoyando.

Na implementação do SIS/SEG, evidenciou-se que as diretrizes concentram o poder através das normas arbitrárias e, antes da proibição de incorporar um novo procedimento, novamente uma forma arbitrária é mudada e (re) formulada, na sua forma e funcionamento.

A respeito, Ugarte e Monje apud Portocarrero (2000, p. 580) fazem uma análise do processo de formulação da política de saúde e ressaltam em algumas situações críticas apresentadas:

... a) Demostrando inconsistencia al interior de la estructura gubernamental, las propuestas elaboradas desde la instancia técnica no se han transformado em decissión política en la forma y en los tiempos requeridos ... surgen unilateralmente de las reflexiones de los técnicos ... tomando modelos elaborados en el exterior... tienen el riesgo de um alto costo político

derivado de la posible exclusión de grandes sectores sociales; b) las decisiones políticas no son ejecutadas con la fuerza y amplitud necesarias: porque en el nivel del próprio gobierno no se asume la necesidad de un próprio liderazgo ... porque una buena parte del aparato administrativo del MINSA no se siente comprometido con el proceso; c) el compromiso social con la reforma en salud es mínimo ... carece de respaldo social ... el público desconoce la propuesta ... y porque las instituciones representativas de la sociedad ... (grêmios e colégios profissionais), sienten a la reforma como una amenaza ... d) las condiciones del mercado ... no permiten que se cumplan los postulados de la reforma.

As situações descritas por Komadina, Ugarte e Monje sustentam a tese da falta de governabilidade que permeia as instituições de saúde, como consequência das permanentes mudanças no setor saúde, com a denominação de “reformas”, as quais não são acompanhadas pelas políticas econômicas, gerando polêmicas e desigualdades, e denominam setoriais. A falta de capacidade operativa confirma as inconsistências e as limitações na prática para cumprir os objetivos que não são claros nem para as reflexões dos técnicos que a criaram.

Tudo isto se traduz em demanda populacional de um grupo que não tem acesso aos serviços de saúde; iniquidade; insatisfação pela pouca demanda prestada pelos serviços; populismo; incapacidade de manter os sustentos econômicos, técnicos e sociais; entre outros; expectativas não satisfeitas da população, além das limitações sentidas.

Os citados autores enfatizam que as políticas de saúde na modalidade de reformas setoriais só tornam mais

difíceis as possibilidades de ter a saúde como um dos direitos humanos mais importantes, porque são vistas dentro de um “pacote”, o qual não se leva em conta a individualidade da pessoa, que na fala de Geertz (1989) só no espaço de direito se consegue ser um “ser humano”,

Na análise cultural de Perú, pela condição de ter uma população muito variada, que passou por dificuldades em sua vida social nos últimos 20 anos do final do século, com características peculiares que limitaram seu desenvolvimento normal como: terrorismo, violência, narcotráfico, crise política, corrupção e embates da mesma natureza, cuja carência de prevenção poderia incluir-se na violação de direitos humanos.

Refletindo, a (re) formulação constante de um programa, além de gerar conflitos no interior da equipe de saúde, também gera uma falta de respeito ao escolar, à sua família e à comunidade. Nas contradições ocasionadas pela falta de um só idioma quanto ao sentido da mensagem, os direitos humanos estão sendo violados, mas considerando a natureza cultural dos cidadãos neste caso de Trujillo, que em sua maioria vêm dos povos andinos, que tem características peculiares, como narra ORTIZ (2002, p. 129):

... “El peruano popular, de raíces campesinas, indígenas, sale constantemente de su comunidad, comercia, viaja, emigra, retorna. El peruano popular de raíces campesinas, sale constantemente de sua comunidade, comercia, viaja, emigra, retorna, está lejos de los suyos, pero los vuelve a encontrar en la ciudad ... se hace de nuevos círculos, adopta nuevas

lealtades ... se halla entre su comunidad de origen o de adopción que debe enfrentar ... a un mundo que se transforma intensamente. Así entre lo comununal y el individualismo, entre una tendencia conservadora y um cospolitismo, hace constantes elecciones como síntesis singulares”.

Geertz (1989), quanto à natureza do comportamento humano, define que a elucidação das regras, planos ou “programas” que governam o comportamento humano pode requer atenção aos padrões de significado, assim como a atenção a outros fatores, tais como regulamentos e rotinas, relações de poder e desigualdades e tendências sociais mais amplas; esta análise de padrões de comportamento pode não iluminar por si mesma as regras, os planos ou “programas” que governam o comportamento humano.

Nesse sentido, o cidadão peruano, mesmo que sinta a influencia dessas relações de poder e desigualdades, é capaz de estar atento às implicações destas desigualdades, pela cultura arraigada de amor pelo trabalho que antepõe quando sente seus direitos afetados; ele responde assumindo a responsabilidade de fazer os atendimentos de saúde por seus próprios meios, numa resposta que é assumida com orgulho e desafio; mas não se submete facilmente à decisão de outras pessoas. Isto pode ser constatado pela cultura milenar inca que ainda prevalece no sul do Perú e que quase 500 anos de dominação espanhola não foi capaz de erradicá-la.

2. Atividades (Auto) Críticas das Enfermeiras do Hospital

Este tópico descreve as atividades que realizam as enfermeiras do Hospital, nos serviços de atendimento aos escolares do SIS/SEG, distinguindo as formas de atendimento quanto a: Cuidados prestados aos escolares; desvio e sobrecarga de funções; conhecimento integral dos escolares, suas famílias e a comunidade; administração da prescrição medicamentosa; e participação em desenvolvimento de pesquisa.

Quanto aos cuidados prestados pelas enfermeiras aos escolares do SIS/SEG, as formas de atuação quanto à aplicação do conhecimento científico, preocupações, responsabilidades, prestação de ajuda, oferecimento de apoio emocional e espiritual, intervenções técnicas, foram permeadas por implicações ideológicas e culturais.

Das sete depoentes, cinco relataram as formas de atendimento e suas especialidades, a saber: sem discriminação, integração profissional, missão de ajuda pessoal e em equipe; critério de prevenção de perigo diante das negligências; competência administrativa, ideal de serviço, questionamento crítico permanente quanto as influências político-sociais e econômicas, e identificação com o sujeito de atendimento.

... como enfermeira me sinto muito satisfeita ao dar um atendimento rápido e salvar a vida do escolar.

(Enf. Socialização)

... quanto ao cuidado, nossas atendemos a todos os usuários sim nem uma discriminação.

(Enf. Autonomia)

... eu penso que o trabalho da enfermeira é garantir de um atendimento oportuno e imediato, para acima de todas as coisas, e na emergência esta missão é cumprida ... porque nossa missão é ajudar a população ... quer dizer que o SIS/SEG para a enfermeira tem um significado de integração a seu trabalho profissional.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... somos conscientes que ao perder tempo para conseguir medicamentos, nós colocamos em perigo a evolução do paciente ... quando a gente já não pode, nós vamos para o escritório do diretor ou outra instância institucional e diante de uma necessidade em qualquer serviço geralmente compartilhamos a necessidade entre colegas enfermeiras, ou quando se trata de alguma promoção, nós conseguimos ter um estoque para nossos usuários carentes.

(Enf. Filosofia)

... ...as enfermeiras é o pessoal de atendimento direto e permanente com a comunidade, nosso trabalho é de orientação ... o paciente chega ao serviço de emergência a. primeira coisa que acontece é perguntar pela enfermeira.

(Enf. Ética)

O cuidado dos escolares pelas enfermeiras no Peru, nos hospitais estaduais, como é o Hospital, se desenvolve com carências básicas, partindo do conceito que o atendimento à comunidade, à exceção do SIS/SEG, não é subvencionado pelo Estado, o equipamento é precário, obsoleto, o pessoal de enfermagem é escasso. O escolar provém em maioria, de famílias muito pobres, que encontra um trabalho profissional, com carências de recursos

humanos e financeiros, limitações socioeconômicas do escolar e da enfermeira e a missão profissional.

Pode-se notar que a enfermeira autonomia caracteriza sua atuação com humanidade, autodeterminação, entrega pessoal e profissionalismo, contudo, narra que, diante de circunstâncias que põem o escolar em risco, ela assume ações profissionais autônomas.

... nós, somos o ser que tem mais contato pessoal, humano, emocional com o paciente, é provavelmente por isso que inconscientemente assumimos responsabilidades e também as designações, mesmo que arbitrárias ... não imagina a satisfação de oferecer ajuda ... o fato de ter contribuído ... mais salvar uma vida é o mais importante , e neste trabalho fazemos sempre, mesmo que nós tenhamos um salário insuficiente ... a enfermeira vive e sente no corpo próprio, o que acontece com aquele ser humano ... aquela vida que vai perder-se, ela é que sofre, que busca ... cumprir com tudo aquilo que permita oferecer um bom cuidado de enfermagem, inclusive obter muito respeito a nossas funções como enfermeira, mesmo que isto significa mais trabalho não só com os usuários do SIS/SEG, mas porque neste hospital, a relação numérica Enfermeira paciente que implica na qualidade de atendimento, está muito reduzida.

(Enf. Ideal de Serviço)

O cuidado de enfermagem dos escolares, analisado pelo conceito de ideologia de Thompson (1995; p.183-192), que considera as características das formas simbólicas propostas por cinco aspectos: intencional, convencional, estrutural, referencial e contextual; ou seja, “são produzidas, construídas e empregadas por um sujeito, na busca de objetivos e propósitos; em processos que, caracteristicamente, envolvem a aplicação de regras, códigos; que

exibem uma estrutura articulada, no sentido de estruturar "uma serie de elementos que se colocam em determinadas relações uns com os outros"; representam algo, referem-se a algo, dizem algo sobre alguma coisa", estes quatro primeiros aspectos, segundo o autor, são entendidos pelos termos de significado, sentido e significação; com o objetivo de distinguir algumas características chaves em virtude das quais as formas simbólicas podem ser vistas como "fenômenos significativos".

O aspecto contextual deriva do fato de que as citadas formas sempre estão inseridas em contextos sociais estruturados, o que quer dizer que, além de serem expressões de um sujeito, estas formas são geralmente produzidas por agentes situados dentro de um contexto histórico-social específico e dotadas de recursos e capacidades de vários tipos, e suas formas de inserção são recebidas e interpretadas por indivíduos que também estão situados nas mesmas condições, freqüentemente, objeto de complexos processos de valorização, avaliação e conflito. Estas formas simbólicas são construídas e empregadas pelas enfermeiras na busca do bem-estar, neste caso do usuário, que é o escolar em risco, e para isso elas usam regras, códigos pessoais e profissionais e exibem uma estrutura articulada de relações entre si que determina sua natureza sensível, suas características de responsabilidade e ajuda e das suas funções profissionais. Em suas falas, elas dizem

que o prioritário e importante é o cuidado, neste caso do escolar dentro do contexto do SIS/SEG.

No cenário de estudo, constata-se que, nos serviços de atendimento dos escolares do SIS/SEG, as depoentes mostraram uma atitude responsável que garante um atendimento humano e profissional, além dos hábitos e costumes derivados do contexto socioeconômico, caracterizado por apresentar muitas carências tanto da enfermeira como do usuário como, por exemplo, transferir recursos de um usuário para outro, ligar por telefone para a enfermeira de outro serviço para atender alguma necessidade do escolar. Diante de uma necessidade crítica, elas lançam mão de seus relacionamentos pessoais, os quais complementam com maneiras de pensar e agir tradicionais próprias.

Considera-se, segundo Thompson (2000, p.186), que “as formas simbólicas que são codificadas de acordo com certas regras e convenções podem ser decodificadas de acordo com outras regras e convenções”. Neste processo histórico e de mudanças permanentes, fortemente ligado a enfermeiras, constato o ideal do serviço que fazem desta profissional um ser único em seu gênero, legítimo na sua missão e reconhecido pela sociedade local, nacional e internacional.

Durante as observações, pude constatar que elas têm convencimento de sua preparação. Eu logrei

constatar que as enfermeiras estão capacitadas para atuar em momentos críticos, lembrando e repetindo, em voz alta, os princípios básicos da enfermagem e de suas crenças próprias da cultura, e praticam rituais de oração, elas oram, levam consigo um terço ou outro objeto que tem um significado de ajuda; isto é muito significativo nas representações e no valor que as depoentes atribuem a sua missão de serviço.

Para Thompson (2000, p. 203) o valor simbólico é atribuído a objetos e formas simbólicas. Estes objetos podem ser estimados pelos indivíduos que os produzem e recebem, isto é, por eles aprovados ou condenados, apreciados ou desprezados. As depoentes mostram-se interessadas, na entrevista, quanto aos rituais na sua essência, quando elas falam das carências sociais e humanitárias e dos escolares mostrando grande emoção e sensibilidade e às vezes até chegam ao choro.

Diante de uma necessidade, além do conhecimento e a prática crítica de suas funções, cada procedimento profissional é acompanhado de um ritual que depende do grau de espiritualidade da enfermeira, além do sentido de responsabilidade que lhe compete, por exemplo, a evocação do nome de Deus diante das situações de emergência, portar imagens no bolso do vestido e estar pronta a oferecer ajuda emocional ou espiritual quando se apresentam carências materiais determinantes para

a urgência de sua missão ou perdas no exercício de seu trabalho, sendo este ritual um objeto simbólico. Geertz (1989, p.57), ao analisar a cultura, define que o indivíduo já encontra, em circulação, símbolos, significações na sociedade e utiliza-se deles “com alguns acréscimos, subtrações e alterações parciais”.

Torna-se necessário destacar algumas características da cultura da região, relacionadas ao espírito peruano, tendo em vista a totalidade dos aspectos desenvolvidos pelas enfermeiras quanto à maneira de agir e de pensar sobre o mundo. Este espírito considera-se como o termo “ethos”, visto pela antropologia e que de acordo com Geertz (1989, p.143) é como “os aspectos morais (e estéticos) de uma dada cultura, os elementos valorativos” assim como “o ethos de um povo é o tom, o caráter e a qualidade de sua vida, seu estilo moral e sua disposição”; isto quer dizer que toda pessoa tem uma história de vida, e é dotado de uma visão de mundo baseada em princípios e elementos culturais e educacionais.

Diante das situações que necessitam de intervenção imediata, elas dispõem de relações de amizade entre enfermeiras, que são construídas, conservadas e mantidas com muito cuidado por elas; demonstram ter uma proximidade grande com seus pares pela identidade que estabelecem com a própria equipe de enfermeiras, complementando com as qualidades peculiares da mulher peruana

como são entre outras: inteligentes, muito trabalhadoras, solidárias, sacrificadas que desafiam os obstáculos da vida com alegria e valentia, e que diante de uma responsabilidade assumida se identificam com o objetivo numa entrega total; então, elas se organizam em grupos de convivência profissional, procurando muita familiaridade com as enfermeiras do mesmo Hospital e com qualquer enfermeira do Perú e do mundo; para elas só basta escutar “eu sou enfermeira” e os limites desaparecem quando se trata de cumprir sua missão profissional em primeiro lugar e até familiar no contexto profissional, o que é destacado por Thompson (1995, p.165) quando define que a vida social é “uma questão de ações e expressões significativas, de manifestações verbais, símbolos, textos e artefatos de todos os tipos”.

No cenário do estudo constatou-se um desempenho profissional satisfatório das enfermeiras, além do cansaço e das limitações, contudo, elas fazem comentários de impotência pelas designações arbitrárias, injustiças trabalhistas, mas dispostas para cuidar.

O cuidado para a enfermagem peruana do Hospital Belén, tem um significado, além de assumir funções profissionais próprias, de assumir funções e tarefas dos outros membros de equipe de saúde, na procura de garantir que o usuário receba os cuidados e goze dos serviços sem discriminação; que a família receba toda a informação e ajuda

necessária para evitar perda de dinheiro; de evitar maus tratos e impotência diante as desinformações, confusões, contradições da equipe de saúde. Por isso a enfermeira na equipe de saúde é considerada uma profissional com competência e capacidade para assumir a implementação de qualquer responsabilidade mudança ou desafio, mas os dirigentes ou o pessoal que tem cargo de chefia, exigem o cumprimento dos processos planejados, sem levar em consideração as contingências e limitações na busca dos resultados esperados, dos programas criados e das (re) formulações constantes pelas autoridades em nível central sem nenhum planejamento; e para ser informados como sucesso.

Esta atitude pode ser baseada na estratégia ideológica de reificação na modalidade de naturalização, que Thompson (1995, p. 87) define como:

Relações de dominação podem ser estabelecidas e sustentadas pela retração de uma situação transitória, histórica, como se essa situação fosse permanente, natural, atemporal. Processos são retratados como coisas, ou como acontecimentos de um tipo quase natural, de tal como que seu caráter social e histórico é eclipsado. A ideologia como reificação envolve, pois, a eliminação, ou ofuscação do caráter sócio-histórico dos fenômenos – ou, tomando uma frase sugestiva de Claude Lefort, ela envolve o restabelecimento da “dimensão da sociedade ‘sem história’, no próprio coração da sociedade histórica”. Esse modo pode ser expresso em formas simbólicas através da estratégia da naturalização.

As enfermeiras do Hospital destacam toda a sua dedicação; primeiro na defesa dos direitos dos escolares, (enfermeira transformadora); segundo resguardando o cumprimento das normas e disposições (enfermeira controladora: numa consciência ingênua) que emanam desses programas nacionais. Apesar das disposições institucionais locais, existe um conflito permanente entre o cumprimento e a crítica acerca dos novos programas, por parte das enfermeiras, pelas contradições que geram diante do profissionalismo, autonomia; e o estilo de vida pessoal, de que sempre está disposta a ajudar e fazer uso de suas boas relações, e de amizade numa negociação permanente para cumprir sua missão. O relato da enfermeira Filosofia mostra este posicionamento:

... Bom como sempre a enfermeira é o apoio das instituições de saúde, porque querendo ou não tem que resolver o problema que é apresentado no serviço, porque quando não há algum recurso ou serviço do SIS/SEG e nós sabemos que a família não pode adquirir por próprios meios e a instituição não pode solucionar isto, então nós temos que optar com nossas boas relações informais de amizade para conseguir estes.

(Enf. Filosofia)

Para exemplificar o cuidado de enfermagem no SIS/SEG, onde elas atuam na defesa dos direitos dos usuários escolares, apresento um trecho da observação seguinte:

... mais dentro das normas tratamos de oferecer atendimento a maioria ... não imagine as situações difíceis que enfrenta a enfermeira diante da necessidade de doença de nossos usuários e principalmente das crianças ... como todas as

enfermeiras de Emergência temos experiência, e estivemos, desde o início deste sistema de seguros, conhecemos das mudanças permanentes, mas “ primeiro para nos é salvar a vida de nossos usuários, muitas vezes expondo-nos; mas eu saio do serviço com muita satisfação pessoal e profissional.

(Obs. nº 2)

Ainda, um trecho da observação seguinte, onde pode-se notar o reconhecimento da enfermeira pela comunidade no tocante à defesa dos direitos dos usuários:

... Na fila de atendimento, o senhor comenta que o menino que faleceu, filho de sua irmã, nasceu bem, sem problemas, mas o parto foi de alto risco por que a idade da grávida é de 17 anos, mas lamenta a morte da criança. Observo que o clima contextual dos usuários da fila é tenso, uns falam uma coisa, outros ficam calados, um deles diz: é melhor ficar de boca calada ... continua dizendo ... porque antes não tínhamos esta possibilidade de atendimento, e agora mesmo que tenhamos algumas limitações, a gente tem esta opção; outra senhora diz: minha irmã ontem morreu com o filho, nos trouxemos ela e toda nossa família, nos tivemos que dar dinheiro para pagar os seus direitos e hoje nos ofereceram regularizar para a devolução, só estamos esperando que chegue a enfermeira, ela é a única que soluciona os casos difíceis, assim falaram todos para nós.

Obs. nº 4

Neste processo de reflexão intelectual da enfermeira, que já possui um “status” legítimo na comunidade, ela busca apreender e constituir o mundo social através dos seus ideais, valores, seus atos, suas emoções, relações, (como produto da cultura

peruana - trujillana), contradições e riscos próprios de seu fazer profissional; mas ela tem a certeza que, através da prática, consegue transformar e criar condições para assegurar o processo de cuidar, dando resultado ao novo saber da enfermagem.

Geertz (1989, p.62) define na sua concepção antropológica que:

...“ nossas idéias, nossos valores, nossos atos, até mesmo nossas emoções são, como nosso próprio sistema nervoso, produtos culturais – na verdade, produtos manufaturados a partir de tendências, capacidades e disposições com as quais nascemos, e, não obstante, manufaturados”.

Esta afirmação de Geertz (op.cit), tem concordância com Vich (2001, p. 28), nos estudos sob cultura, que define:

... “não teria existir mais a cultura como categoria absoluta e universal, sem não vale dizer: múltiplas formas de apreender e constituir o mundo social ... se entende esta categoria como um “tecido simbólico” e teria dimensão afetiva e prática, que junto que junto com as formas econômicas configura nossa vida social a partir da estruturação de relações materiais e pulsões imaginárias”.

Quanto ao processo de reflexão da enfermeira do Hospital no tocante ao seu fazer profissional, e na possibilidade de transformação da realidade, posso supor que na cultura da enfermagem peruana, a enfermeira já identificou “um conjunto complexo de símbolos significantes, sob cuja direção nós transformamos os primeiros nos segundos, os planos básicos em atividade” (GEERTZ 1989, p. 62). O que é também destacado por Florence Nightingale (1820 -

1910) em suas famosas “Notas de Enfermagem” (ABEn – CEPEn, 1989, p.147) quando define:

“A administração diária duma grande enfermeira ... o conhecimento do que significam para os homens as leis da vida e da morte e para as enfermeiras as leis da saúde (e as enfermeiras são saudáveis ou não de acordo com a competência ou a ignorância da enfermeira) – esses fatos não constituem, por acaso, questões de importância e dificuldades suficientes para exigir aprendizado, através da prática e da cuidadosa investigação, assim como qualquer outra arte. Esse conhecimento não chega por inspiração à senhora desiludida e nem ao burro de carga de um asilo de pobres, urgentemente necessitados dum meio de vida. O prejuízo determinado ao doente por causa dessas idéias grotescas tem sido espantoso! ”.

Continuando a reflexão acerca da prática da enfermeira neste momento, depois de dois séculos, que é relativamente pouco tempo na vida de uma profissão. Os princípios teóricos da prática de enfermagem ainda estão vigentes e são desafiadores conforme enfoca Waldow (1999, p.149) quando define o cuidado “desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base no conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico”, e quando a enfermeira relata sua experiência, considero uma forma de validação do processo de cuidar dos escolares, que oferece segurança à enfermeira quanto às suas ações, o que Waldow (1999, p.163) considera estar aberta à experiência é condição fundamental na aquisição e na criação de novos significados; e também a definição de cuidar em enfermagem que Almeida (1989, p.122) define como:

... *"os saberes e as práticas da enfermagem não são o produto somente do cientificismo técnico e o produto da enfermagem tomada isoladamente. O seu saber é histórico e assim sendo, contempla a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas"*.

Lima (1994, p.22) ressalta o saber de enfermagem:

... *"uma ciência humana, de pessoas e experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas de cuidar dos seres humanos que abrangem do estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas e políticas"*.

As afirmações de Almeida (op.cit) e Lima (op.cit) tem coerência com Waldow (1998, p. 17) que relata que:

"o ser humano ao longo de seu desenvolvimento, formou expressões de cuidar, que se sofisticaram... o cuidar... tentando captar o sentido mais amplo: o cuidado como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, enfim, como uma forma de viver plenamente".

O cuidar de Enfermagem sempre terá os princípios teóricos da prática de enfermagem que através dos tempos vem sofrendo intervenções e alterações pela influência de outras áreas de conhecimento, como a antropologia, a sociologia, a filosofia, a medicina, entre outras, todas com uma conotação humanística, que dão um caráter sofisticado ao cuidado de saúde. Atualmente, é muito importante assegurar a participação da enfermeira numa equipe interdisciplinar, na qual se respeitem os critérios de outros profissionais da saúde e ao mesmo tempo, que com seu conhecimento de outras áreas a abrangência

do cuidado é mais sustentável, e desta forma a enfermeira pode oferecer o melhor para os escolares, levando em consideração Almeida (1989) no sentido de procurar um posicionamento crítico da estrutura organizacional, da prática das políticas de saúde, da estrutura social do país e da dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas.

No tocante ao desvio e sobrecarga de funções no processo de atendimento aos escolares do SIS/SEG, as depoentes declaram a sobrecarga de trabalho devido a muitos fatores, entre eles a demanda e o déficit de pessoal em todo o hospital; má remuneração, que não corresponde à capacitação acadêmica que elas possuem e nem o tempo dedicado a ela; a pouca participação na tomada de decisões; a qualidade do ambiente de trabalho, que é extremamente competitivo; pouco tempo para suas famílias e para elas mesmas; a relação numérica paciente / enfermeira; e poucos recursos para dar um bom atendimento, gerando uma sobrecarga de responsabilidade, uma vez que sua ação ultrapassa as atividades inerentes a sua formação .

Das sete depoentes, quatro relatam as diferentes atividades que não são de responsabilidade da enfermeira o que ocasiona uma perda do tempo, obrigando-a a assumir funções de outros membros da equipe de saúde, e reconhecem a importância do tempo para se dedicar ao cuidado de enfermagem; e a necessidade de respeito a seu espaço profissional, e de um ambiente favorável como pessoa e profissional.

... Ao início, as enfermeiras protestávamos, porque tínhamos que preencher os registros numerosos do SEG, ... controlar seu bom preenchido, para que fiquem completos, porque segundo as normas do SIS/SEG, eles não devolviam ..., tínhamos que buscar os códigos para preencher os registros ou ir atrás dos médicos porque é de responsabilidade deles e eles nunca assumiram ... nas tardes e nas noites somos as enfermeiras que realizamos todo este trabalho incluindo a atenção de saúde mesma ... isso não gostava às enfermeiras, por que perdíamos muito tempo, isto complica nosso trabalho diário, e às vezes implica que o assegurado fica um ou dois dias sem necessidade no hospital ... as enfermeiras aceitam melhor o atendimento ao SIS/SEG, especialmente, as de pediatria, elas ensinam aos estudantes internos de medicina a completar com os dados nos documentos ...

(Enf. Autonomia)

... Nas tardes e nas noites diante a falta da secretária, as funções da enfermeira atinge até preencher um registro de prescrições com a ajuda de um listado de medicamentos, e ela assume isto porque não há mais pessoal... lá nos acumulamos todo o trabalho, com a verificação dos registros.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... A tramitação dos documentos não deve ser feito pela enfermeira, deveriam levar a cabo isto as pessoas que não têm que ver com o cuidado e o atendimento direto que é nossa real função ao término de contas ... isso de enviar as prescrições para trazer os medicamentos e dar tratamento a cada um deles é um bom tempo que é investido; também com a atenção para os outros 50 pacientes com a qualidade que é esperada é um pouco difícil durante o tempo de 6 horas que tem um turno.

(Enf. Filosofia)

... a enfermeira tem que ir pessoalmente, solicitar que o registro de atendimento seja preenchido e garantir as maneiras para o atendimento se realiza ... nós como enfermeiras de emergência, significou uma sobrecarga de trabalho ... às vezes fomos programadas no serviço duas enfermeiras e o atendimento do

SEG tirou muito nosso tempo, nesse conflito por preencher registros.

(Enf. Ética)

O exercício da profissão Enfermagem ocorre, em sua maioria, no ambiente hospitalar, onde predomina a assistência a pacientes internados, com quadros que exigem por parte dos profissionais maior envolvimento, visto que o agravamento da saúde ultrapassou a possibilidade de tratamento ambulatorial; o escolar sofre muito nesta situação onde o afastamento de casa e o desconhecimento do que está acontecendo e o que acontecerá com ele geram uma sobrecarga emocional intensa, cabendo à Enfermagem proporcionar-lhe o conforto necessário à sua recuperação.

A enfermagem neste contexto está em contato permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, a irritabilidade e demais reações que podem surgir nos escolares; a isto se acrescenta a dinâmica e a estrutura interna das organizações públicas que oferecem serviços, como o Hospital nos últimos anos, a direção com o desejo de atingir os objetivos propostos do Ministério de Saúde executam disposições alienantes da prática das enfermeiras, as quais restringem a execução das tarefas mecânicas, sem tomada de decisão em alguns casos; e limitações da capacidade de reflexão crítica; surgindo reações de insatisfação generalizada com o modo de vida, frustração, insatisfação, irritabilidade, ansiedade em alto grau, reações psicossomáticas, tédio, angústia, ambigüidade, sensação de desrespeito, entre outras.

Estes fatores constituem-se mecanismos de autodefesa das enfermeiras, favorecendo a deterioração da qualidade de vida no trabalho.

Nesse sentido, as enfermeiras encaram uma série de obstáculos e limitações no desenvolvimento das próprias tarefas, objetivos, competências, interesses, organizados em torno das instituições de saúde, numa necessidade permanente de reconciliar estas concepções e interesses que geram conflito; num processo de negociação com respeito ao que ela concebe serem os limites e obstáculos, cujo resultado provavelmente constitui uma série de compromissos e alianças.

Thompson (1995, p. 195 – 196) considera, no que diz respeito ao conceito de ideologia, que os indivíduos se baseiam nesses diferentes tipos de recursos para alcançar seus objetivos particulares ... e os indivíduos também podem buscar oportunidades para converter recursos de um tipo em recursos de outro tipo, definindo:

... as características típicas dos contextos sociais introduzindo o conceito de “campos de interação”, que pode ser conceituado sincronicamente como um espaço de posições e, diacronicamente, um conjunto de trajetórias. Indivíduos particulares estão situados em determinadas posições dentro de um espaço social e seguem, no curso de suas vidas, determinadas trajetórias ... que são determinadas ... pelo volume e distribuição de variados tipos de recursos ou capital ... “capital econômico” que inclui a propriedade, bens materiais e financeiros de vários tipos; “capital cultural”, que inclui o conhecimento, habilidades e diferentes tipos de qualificações educacionais, e o “capital simbólico”, que inclui os méritos acumulados, prestígio e reconhecimento associados com a pessoa e posição.

Ao fazer a análise da sobrecarga das funções das enfermeiras do Hospital constato que, elas possuem um capital cultural, que vai aumentando com a educação profissional permanente; uma grande capacidade de interagir com as diferentes pessoas, particularmente, situadas em determinadas posições dentro de um espaço social que é a instituição de saúde; e habilidades para cumprir sua missão, além das que a instituição oferece. Dessa forma, elas gozam de um capital simbólico, pois elas tem legitimidade, “status” e reconhecimento, pois a população reconhece seu desempenho profissional e pessoal; o que as colocam numa posição muito importante dentro da sociedade; e aumenta seu capital econômico dentro da nossa realidade peruana que é carente; uma limitação que mesmo assim elas transformam numa forma simbólica, pois elas mostram sua capacidade organizativa e administrativa tanto de recursos materiais como de pessoal nos serviços assistenciais, mostrando à sociedade um significado de poder funcional mais legítimo que o capital econômico.

Geertz (1898) considera que os conceitos desenvolvidos para análise dos aspectos mais elevados da cultura também são aplicáveis aos aspectos inferiores, sem com isso deturpar as enormes distinções qualitativas existentes entre os dois. Estas inadequações cognitivas através das quais a ideologia é definida usam como exemplo da tendência do ideológico a “supersimplificar” a denominação dada ao Tarf-Hartley Act de “lei do trabalho escravo”. A

ideologia procura ser simples e clara mesmo onde esta simplicidade e clareza fazem pouca justiça ao assunto em questão, e manifesta que o quadro ideológico utiliza linhas fortes e põe em contraste o preto e o branco. O ideólogo exagera e caricatura, à maneira de um "cartunista", e, em contraste, a descrição científica dos fenômenos sociais parece ser vaga e distinta.

Nesse sentido, o autor (op.cit p.180), ressalta que:

Na recente ideologia do trabalho o Tarf-Hartley Act foi um "ato do trabalho escravo". Nenhum exame desapassionado lhe daria esse rotulo. Qualquer avaliação dessa lei com isenção teria que levar em consideração suas muitas provisões individuais. Tal avaliação resultaria num veredicto ambivalente, desde que fosse sobre o conjunto dos valores, mesmo os dos próprios sindicatos. Todavia os veredictos ambivalentes não fazem parte da ideologia: eles são muito complicados muito vagos. A ideologia tem que caracterizar a lei como um todo, como símbolo para a ação dos trabalhadores arregimentados, dos eleitores e dos legisladores.

Para Geertz (op.cit), a "lei do trabalho escravo" pode ser afinal de contas não um rótulo, mas uma metáfora ou tentativa de metáfora, pois não se leva em conta sequer o fato de que ele pode adquirir seu poder através da capacidade de apreender, formular e comunicar realidades sociais que se esquivam à linguagem temperada da ciência, que ela pode mediar significados mais complexos do que sugere a leitura literal.

Para ilustrar o modo porque a enfermeira do Hospital tem sobrecarga de trabalho, destaco o trecho do depoimento da enfermeira Ideal de Serviço:

... subconscientemente assumimos responsabilidades e também as designações mesmo que foram arbitrárias

(Enf. Ideal de Serviço)

A enfermeira tem no subconsciente profissional a metáfora de ser ela a pessoa que vai sempre assumir responsabilidades, mesmo que sejam de outras, na procura de garantir o cuidado do escolar; e nesta crítica e autocrítica, ela também está consciente de seu poder de transformação profissional, de sua aprendizagem de desenvolvimento cada vez com mais autonomia e demonstra isso quando com maior segurança toma decisões que outros profissionais da saúde não fazem, é por isso que ela tem mais legitimidade e “status” na sociedade. Por outro lado, ela sente a crise presente no nosso cotidiano político, produto da exacerbação das demandas sociais sob as instituições governamentais, cuja sobrecarga gera uma situação de in-governabilidade que se manifesta nas instituições estaduais, como é o Hospital, que neste contexto tem dificuldades para garantir a socialização de seus trabalhadores, como da enfermagem e dos da equipe da saúde de acordo com os seus valores e objetivos.

Para ilustrar a legitimidade o “status” profissional das enfermeiras em contraponto com a sobrecarga do trabalho, apresento o trecho da seguinte observação.

A secretária revisa novamente a documentação ela ordena e orienta para ir ao serviço de Maternidade para a respectiva programação, a gestante sozinha pergunta se agora não vai a realizar o exame, a secretaria diz, não, você tem que voltar o dia que o serviço programe; eu observo o desânimo da menina,

aproveito para dizer a importância de compartilhar sua gravidez com sua mãe, e a reflexão de ser uma mãe nova, sugeri ao pessoal que acompanhe a adolescente para o atendimento e se faça a comunicação ao centro de saúde para o seguimento; por falta de pessoal, neste escritório, a enfermeira acompanha ela e vai ao serviço de maternidade ... o pessoal que fica esperando na fila comenta: a enfermeira tem sempre que acompanhar os pacientes, senão ninguém advoga por nossas limitações de tempo, e mesmo assim ela entende nossas razões.

Obs. nº 3

Esta é uma resposta dos usuários de reconhecimento ao trabalho da enfermeira, mesmo assim é uma reação em cadeia, que acaba interferindo não só no usuário, mas também nos seus familiares, colegas de serviço e, no caso da enfermagem, nos pacientes e na qualidade da assistência prestada. Os turnos rotativos dificultam a vida familiar e provocam fadiga, além da alta responsabilidade atribuída ao médico e a pouca capacidade deste para tomar decisões, quando se trata de aumento de trabalho; pois este tipo de responsabilidade é assumido pelas enfermeiras, gerando uma barreira na prática do cuidado de enfermagem.

As barreiras para a realização do cuidado na enfermagem, na opinião de Waldow (1999), estão bastante relacionadas a um assunto, que é a falta de poder na enfermagem e a desvalorização do cuidado. As barreiras podem ser controladas ou destruídas, na medida em que a Enfermagem, como uma

comunidade, esclareça seu papel, definindo seu(s) foco (s) e valorizando o cuidado.

Ainda, a autora (op.cit, p. 156) acrescenta que:

... as barreiras que impedem ou dificultam a realização do cuidado são: o conflito de valores da profissão; a falta de envolvimento profissional; a falta de um forte sentido de self por parte das cuidadoras; a falta de uma ética específica; menos dependente da ética e das decisões médicas; a falta de conhecimento; o tempo limitado para atualização e reflexão devido ao excesso de responsabilidade; a gratificação inadequada. Essas, por sua vez, incluem uma inerente falta de controle sobre a prática profissional, confusão quanto às exigências educacionais, a falta de apoio para a prática do cuidado e desatenção ao processo de socialização.

Quanto às barreiras que dificultam o cuidado, é possível exemplificar as disposições alienantes do exercício profissional das enfermeiras, que trazem consequentemente insatisfação permanente para a maioria delas, porém satisfação de algumas enfermeiras que recebem a designação da direção e com ele o condicionamento dum posicionamento, que poderia chamar-se contraditoriamente “dominante” sobre as mesmas enfermeiras, ao aceitar a designação indicada de chefia de enfermeiras num cargo de confiança e não por linha de carreira profissional, como se pode apreciar neste trecho da observação seguinte.

... Entramos com L. (enfermeira), e J. (médico) ao serviço de obstetrícia eles comentam que tem 4 pacientes, vamos a cumprimentar à G. (enfermeira) chefe responsável deste serviço neste momento, ela me cumprimenta ... ela fala que as coisas no hospital estão mal, que faz autonomia para as enfermeiras, e que se estão dando os mesmos atropelos de sempre, ela diz, imagine

que já mudaram à chefia de enfermagem e as outras chefias, e quem fez a nova designação é o novo diretor, que horror!, e que tendo enfermeiras formadas com grau de mestre, a chefia de enfermagem e as outras chefaturas dos serviços, nenhuma tem estudos de pós - graduação será possível?

Obs. nº 1

Esta forma de designação para uma chefia, ao pessoal de Enfermagem, tem uma finalidade política que Thompson (1995) define como a noção de sentido, o conceito de dominação e as maneiras como o sentido serve para estabelecer e sustentar relações de dominação, e ainda ele (op.cit, p.79) ressalta:

... o sentido com o qual estamos interessados é o sentido das formas simbólicas, que estão inseridas nos contextos sociais e circulando no mundo social ... formas simbólicas eu entendo um amplo espectro de ações, falas, imagens e textos, que são produzidos por sujeitos e reconhecidos por eles e outros, como construtos significativos. Falas lingüísticas e expressões sejam elas faladas ou escritas ... formas simbólicas podem também ser não lingüísticas, ou quase lingüísticas em sua natureza (por exemplo uma imagem visual ou um construto que combina imagens e palavras.

A imagem da chefia de Enfermagem designada pela direção do hospital poderia ser a forma simbólica da presença do diretor no Departamento de Enfermagem, impondo suas idéias e suas determinações para alcançar os objetivos institucionais estaduais, não só como diretor do Hospital Belén de Trujillo, mas também como cargo de confiança política. Então a designação da chefia de enfermagem como cargo de confiança, também é

com fins de transmitir a ideologia política do governo no contexto atual e desta forma continuar com as mesmas políticas institucionais de alienação para com a enfermeira, numa estratégia que Thompson (1995, p. 86) define como fragmentação:

...“Relações de dominação podem ser mantidas não unificando as pessoas numa coletividade, mas segmentando aqueles indivíduos e grupos que possam ser capazes de se transformar num desafio real aos grupos dominantes, ou dirigindo forças de oposição potencial, em direção a um alvo que é projetado como mau, perigoso ou ameaçador. Aqui uma estratégia típica de construção simbólica é a diferenciação – isto é, a ênfase que é dada as distinções, diferenças e divisões entre pessoas e grupos, apoiando as características que as desunem e os impedem de constituir um desafio efetivo as relações existentes, ou um participante efetivo no exercício do poder.

Na observação n.º 1, a enfermeira reconhece o nível de capacitação (pós-graduação) das outras enfermeiras no contexto hospitalar, que poderiam assumir por concurso esta chefia, de acordo com a Lei do Trabalho do Enfermeiro (a) Peruano (a) nº 27669, que, no artigo 14 do capítulo IV, estabelece que a direção da Unidade de Enfermagem⁴³ ou posto de direção de maior hierarquia da unidade orgânica de enfermagem, será ocupado por uma enfermeira (o), de acordo com o estrito concurso de méritos.

Fazendo uma análise mais profunda da localização dos profissionais das instituições estaduais no contexto do hospital; em sua maioria, são profissionais que não atendem as exigências nas linhas de autoridade e subordinação administrativa. Pois eles na maioria foram

designados por amizade do partido político do governo e com importante carência de competências, (quadro nº5) o que gera conflitos internos que se traduz na pouca aceitação dos diretores, mobilizações gerais em todos os níveis e áreas do estado e do programa político do governo; e nos hospitais do estado como no Hospital. Diante dessa crise de imposição, a enfermeira assume tarefas e funções que não são de sua responsabilidade, com sobrecarga de trabalho na procura de aliviar em parte esses conflitos.

Nesse sentido, Almeida e Rocha (1989, p. 80) destacam que as enfermeiras que desempenham a função de supervisoras, gerentes, são as “funcionárias” da ideologia dominante, mas são trabalhadoras assalariadas e seu trabalho é um trabalho não produtivo, portanto não fazem parte da classe operária, não pertencem também à burguesia, pois seu trabalho assalariado é explorado, dominado e subordinado no contexto econômico, elas fazem parte da pequena burguesia. Isto é corroborado por Pires (1989) ao focar que o enfermeiro é um trabalhador assalariado, mas que executa um trabalho do tipo intelectual e gerenciador da assistência de enfermagem. No nível do trabalho em saúde, o trabalho de enfermagem é parte deste e desenvolve-se com autonomia relativa em relação aos demais trabalhadores de saúde.

Isto é definido pela estratégia de dissimulação na modalidade de Eufemização que Thompson (1995, p.

⁴³ Foi aprovada na Casa do Governo em 15 de fevereiro do 2002. Lima - Perú.

84) descreve: "Ações, instituições ou relações sociais, são descritas ou reescritas de modo a despertar uma valoração positiva... muitos exemplos... trabalhadores estrangeiros sem direitos de cidadania são descritos como: trabalhadores hóspedes". Dessa forma, as enfermeiras que desempenham a função de chefia, gerente ou outras pela indicação interesseira da direção são funcionárias da ideologia dominante; não pertencem, portanto, a equipe de Enfermagem, nem é a enfermeira gerente que uma instituição de saúde necessita; eu afirmaria que pertencem ao "grupo" de enfermeiras que limitam o desenvolvimento da prática teórica da profissão.

Por essa razão nesse contexto, a opinião dos outros profissionais ou trabalhadores de saúde tem uma concepção equivocada no seu subconsciente coletivo. Para ilustrar, apresento o trecho da entrevista com o médico, referente aos recursos humanos nos serviços, onde podemos notar que, no seu subconsciente, ele considera a enfermeira como pessoal em termos quantitativos e fala de profissionais qualificados em termos ambíguos:

... temos aparelhos complexos em quantidades adequadas, e a disponibilidade necessária de pessoal, eu me refiro a enfermeira e pessoal técnico na quantidade que requer um UTI Neonatal e também temos profissionais qualificados, as quais não são sub especialistas Neonatologia, mas elas são pessoas que foram treinadas neste trabalho.

(Médico: Inovação Profissional)

No depoimento, o médico ressalta a importância do equipamento do hospital, como parte da oferta dos serviços aos usuários, não só do SIS/SEG, mas também de todos. Considerando que os escolares em cada estabelecimento de saúde aproveitam a capacidade resolutiva dos serviços prestados, e é muito difícil para as famílias transferir aos escolares diante de uma necessidade; isto significa para o trabalho das enfermeiras que há necessidade de capacitação para o bom uso destes aparelhos, e maior tempo para o uso deles, em detrimento do tempo para o cuidado de Enfermagem.

No estudo de Costa, Ribeiro e Silva (2000) sobre reforma do estado e mudança organizacional nos hospitais públicos, os resultados reforçaram a hipótese, no sentido que as organizações hospitalares teriam poucas alternativas de definição autônoma de estratégias para a gestão da força de trabalho, compra de bens e serviços e gestão financeira, bem como redução do poder de decisão ou nenhum. Este ambiente restritivo e decisão autônoma da organização teve como origem a necessidade de oferecer estabilidade à organização em relação as decisões arbitrárias do poder público, especialmente dos executivos eleitos ou não.

O estudo mencionado revela a semelhança de comportamento alienante das instituições estaduais da América Latina como no caso do Brasil e Peru, com características de limitação operacional e processual,

submetidas a decisões e controles internos e externos.

Quanto ao conhecimento dos escolares e suas famílias, e a comunidade acerca do SIS/SEG, vale destacar o ato ou efeito de conhecer, de ter claras noções da prática da vida, experiências, discernimento, critérios, apreciação do processo, pelo qual a enfermeira determina a relação entre o objeto / sujeito de cuidado e a apropriação do objeto pelo pensamento, como se concebe esta apropriação, como definição, percepção clara, apreensão completa, análise, entre outros.

Das sete depoentes, seis relataram que têm amplo conhecimento da realidade política, - econômica, cultural e emocional, entre outras, dos escolares e suas famílias e a comunidade, o que ajuda a oferecer um atendimento mais equitativo. Elas são conscientes das condições de cada um dos usuários de que cuidam e manifestam sentimentos de impotência diante das necessidades que elas não podem satisfazer profissionalmente; pois, às vezes, garantem o serviço arriscando inclusive sua própria responsabilidade e economia diante das normas institucionais.

... nosso hospital chega gente muito indigente, no caso dos assegurados do SEG, a enfermeira pede-lhes recursos e dispõe deles de acordo com que têm e isso ajuda bastante ...

(Enf. Socialização)

... eu sei que hoje conto com os recursos, e me sinto impotente em outros casos que não pertence ao SIS/SEG e a

família não conta com recursos, eu não sei o que fazer, não encontro saída, para oferecer o atendimento necessário.

(Enf. Autonomia)

... na emergência ,a enfermeira observa muitas necessidades de casos difíceis, de famílias que não tem dinheiro para comprar qualquer coisa ... "as crianças recebem os melhores cuidados", inclusive no caso de crianças trazidas por acidentes de transito, através de terceiros, a enfermeira percebe que o responsável do acidente não tem condições de fazer os gastos de atendimento, e a necessidade é prioritária ... às vezes, as mães não está preparadas para uma emergência, e sendo o Peru um país pobre, que se evidencia na pobreza das famílias, e dispondo do serviço do SIS/SEG a enfermeira não perde tempo, alivia muito ... muitas vezes eu como enfermeira tive que acreditar em outras áreas do hospital, como depósito em dinheiro,, farmácia entre outras, dizendo que a família não tinha condições, e era urgente a fim de facilitar o atendimento.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... nós sabemos que os familiares dos escolares não têm dinheiro para adquirir recursos materiais, ... as crianças, na maioria são os de menores recursos, nós percebemos mãe que a mãe não tem dinheiro para comprar, então as mães olham para nós, e a enfermeira garante o direito da criança de ser atendida de qualquer maneira ...

(Enf. Filosofia)

... os pais não têm o dinheiro necessário, pois pode-se observar que as pessoas são pobres com muita facilidade, e a enfermeira sabe se a família traz ou não traz o dinheiro necessário ... pode-se observar o esforço que significa isto, pois eles não têm nem para jantar, às vezes, não tem salário ou no caso que tenham o salário, este é muito escasso ...

(Enf. História)

... eu pude conhecer mais a população peruana no atendimento que oferece o SIS/SEG, aproveitei as entrevistas para que a enfermeira possa, de verdade, classificar o paciente, e

deste modo, ele receber um atendimento mais apropriado ... não só daquela criança, mais da família em sua integridade o que nos permitiu pelo menos chegar à comunidade ... a enfermeira sabe a realidade do lugar d as vidas peruanas, por que a enfermeira não só trabalha em um hospital, ela realiza as visitas domiciliares; ela sabe n um momento o dinheiro acaba e a pessoa fica como um indigente, numa condição de pobreza, pois nos casos de doenças crônicas ou terminais, nenhuma família pode sustentar os gastos.

(Enf. Ideal de serviço)

O conhecimento social constitui uma "descrição compreensiva" do mundo das pessoas, descrição esta que pode, com indiscutível legitimidade, reivindicar o status de um conhecimento empírico confiável acerca deste mundo. Contudo, não cabe mencionar aqui nos termos da ciência, numa acepção estritamente técnica, pois não encontramos no conhecimento social um conjunto de traços que, de um ponto de vista rigorosamente descritivo, vai caracterizar a atividade científica.

Analisando o conhecimento integral dos escolares e suas famílias e comunidade pelas enfermeiras através do conceito de ideologia de Thompson (1995), este inclui todos os pontos de vista, inclusive a do autor, de acordo com a "formulação geral": sistemas interligados de pensamento e modos de experiência, que estão acondicionados por circunstancias sociais e partilhados por grupos de pessoas, incluindo as pessoas engajadas na análise ideológica. THOMPSON (op.cit, p.65,79-80) propõe a ideologia dentro de três aspectos:

... a noção do sentido, o conceito de dominação e as maneiras como o sentido pode servir para

estabelecer e sustentar relações de dominação ... o sentido das formas simbólicas que estão inseridas em contextos sociais e circulando no mundo social ... as pessoas situadas dentro de contextos socialmente estruturados, tem em virtude de sua localização, diferentes quantidades e diferentes graus de acesso à recursos disponíveis ... num campo social ou numa instituição fornecem a esses indivíduos diferentes graus de poder ... que dá poder a alguns indivíduos para tomar decisões, conseguir seus objetivos e realizar seus interesses. Podemos falar de dominação, quando relações estabelecidas de poder são "sistematicamente assimétricas", isto é, quando grupos particulares de agentes possuem poder de uma maneira permanente, e em grau significativo, permanecendo inacessível a outros agentes, ou grupos de agentes independentemente da base sobre a qual tal exclusão é levada a efeito.

Ao apropriar-me da definição de ideologia de Thompson (1995) para fazer a análise do conhecimento dos escolares e suas famílias e a comunidade, pelas enfermeiras do Hospital, posso supor que elas se encontraram em relações sistematicamente assimétricas, partindo do pressuposto que conhecimento é poder; o conhecimento real das forças e limitações dos diferentes serviços do seu contexto de atuação e da situação dos escolares naquele momento, para interagir, coordenar, analisar a situação e tomar as decisões a fim de oferecer um atendimento de qualidade. Além disso, a oportunidade de obter informações a respeito do que acontece com o escolar e suas famílias, e a comunidade, ouseja da situação dentro e fora da instituição de saúde, tornando a enfermeira uma profissional com poder institucional, que faz do serviço sanitário um serviço legítimo na sociedade.

Dessa forma, constato que o equilíbrio emocional, atenção e identidade profissional da enfermeira pode favorecer o atendimento aos escolares, dentro do possível, adequado.

Geertz (1989) ressalta a natureza humana que é tão regularmente organizada, tão perfeitamente invariante e tão maravilhosamente simples como o universo de Newton. Talvez, algumas de suas leis sejam diferentes, mas parte de sua imutabilidade é obscurecida pelas armadilhas da moda local, mas ela é imutável, e define (op.cit, p. 46 – 47):

O cenário (em períodos e locais diferentes) é alterado, de fato, os atores mudam sua indumentária e aparência; mas seus movimentos internos surgem dos mesmos desejos e paixões dos homens e produzem seus efeitos nas vicissitudes dos reinos e dos povos... os homens, são homens sob quaisquer disfarces e contra qualquer pano de fundo não foi substituída por “outros costumes, outros animais.”... “A enorme e ampla variedade de diferenças entre os homens, em crenças e valores, em costumes e instituições, tanto no tempo como de lugar para lugar, é essencialmente sem significado ao definir sua natureza”.

Por outro lado, a situação se torna contraditória nos termos das normas do SIS/SEG; as enfermeiras defendem sua missão e sempre estão prontas a assumirem responsabilidades que garantam o cuidado ao escolar, mesmo que elas tenham consciência, que às vezes elas desenvolvem atividades alienantes e, ao mesmo tempo, elas façam críticas e autocríticas da atuação. Assim elas não podem ser consideradas profissionais alienadas.

O conhecimento é um processo, que prevê a condição de (re) elaborar o que vem como um

“dado”, possibilitando que não sejamos meros reprodutores, inclui a capacidade de novas elaborações, permitindo reconhecer, trazer à superfície o que ainda é virtual, o que, na sociedade, está ainda mal desenhado, com contornos irregulares. Portanto, o conhecimento prevê a construção de uma visão que totaliza os fatos, num determinado momento, num movimento permanente, inter-relacionando todas as esferas da sociedade, percebendo que o que está acontecendo em cada uma delas é resultado da dinâmica que faz com que todas interajam, dentro das possibilidades da sua formação social, neste momento histórico, e que permita às enfermeiras perceber os diversos fenômenos da vida social dos escolares e suas famílias num relacionamento com a sociedade como um todo.

Por seu lado, a enfermeira ética faz uma análise crítica da situação econômica dos escolares, considerando que não só devem receber este direito os escolares das escolas estaduais, mas também todos sem exceção, inclusive os das escolas particulares.

... às crianças de escolas particulares, não gozam deste seguro, pois com os níveis de violência, os pais fazem grandes esforços para garantir aos seus filhos um contexto de mais segurança; como é em nosso caso, das enfermeiras que tem um salário mínimo, às vezes, sem contar com os direitos sociais de saúde; nós limitamos a satisfação de outras necessidades para ter os nossos filhos numa escola particular, mas no momento que apresentam uma doença, não temos a possibilidade de contar com a garantia de atendimento de saúde.

(Enf. Ética)

Acredito que o fato de os escolares estudarem numa escola particular não significa que tenham condições para satisfazerem outras necessidades que tragam o bem-estar, pois pode-se observar os esforços que fazem as famílias de condições econômicas razoáveis para garantir uma educação para seus filhos em níveis de violência que sejam mínimos ou não existam; pois neste momento o Perú está vivendo num contexto de violência e delinqüência em todos os níveis e estratos sociais, contudo o grau de controle é maior nas escolas particulares.

Durante a observação, constatei que a enfermeira demonstrou conhecimento das particularidades do mundo cultural de cada um dos escolares, conforme o trecho da observação seguinte.

... considerando que os escolares tomam conta da sua situação pela sua idade, nas maiorias das vezes eles vem de locais longos da cidade, que trazem suas próprias costumes que temos que respeitar, culturalmente; eles sentem vergonha ao sentir nossas contradições ...

Obs. nº 2

Nesse sentido, Corsaro (1997), referindo-se às culturas da infância, define que as crianças vivem do vaivém das suas próprias representações do mundo, geradas nas interações entre pares, nos jogos e brincadeiras; no uso das suas próprias capacidades expressivas (verbais, gestuais, iconográficas, plásticas), e nas bio-psicológicas em que vivem com a cultura dos adultos, transmitidas através das instituições de

veiculação e reprodução cultural, e disseminadas quer sob a forma de produtos culturais para a infância quer sob a forma de conteúdos culturais das suas comunidades. Ainda, o autor (op.cit, p. 26) destaca que:

“as duas culturas a especificamente infantil e a da sociedade que se conjugam na construção das culturas da infância, na variedade, pluralidade e até contradição que internamente numa forma e outra, referenciam o mundo de vida das crianças e enquadram a sua ação concreta”.

Para a maioria dos escolares peruanos, a cultura infantil e suas representações do mundo, com certas exceções, não ficam nas vivências das brincadeiras e jogos mas nas próprias capacidades reflexivas quanto à forte influência do contexto familiar e social, que tem seus costumes, rituais, religião, amizades, próprios dos locais onde eles moram; e também do meio ambiente, seja das províncias da serra ou da selva, de onde eles provêm, com muitos preconceitos acerca da concepção marginal destes povos ou dos escolares que trabalham na rua, com carências sociais e – econômicas, entre outras, que tem também um significado de marginalização social. Dessa maneira, a crise política social do Perú não permite o desenvolvimento normal dos ciclos de vida das pessoas, pois a maioria dos escolares têm que assumir responsabilidades de adultos, e adquirir uma cultura de ficar na defensiva de seus direitos, ou contrariamente, vivificarem grandes necessidades dentro de uma cultura de escolar-adulto, na qual não podem solucionar seus próprios problemas de sempre

no momento que se encontram no hospital. Isto tem um de vergonha e impotência para eles que altera ainda mais seu estado de saúde.

Fazendo uma análise com o conceito de cultura de Geertz (1989, p.64-65-66), autor enfoca que:

" assim como a cultura nos modelou como espécie única – e sem dúvida nos está modelando – assim também ela nos modela como indivíduos separados. É isso o que temos realmente em comum – nem um ser sub cultural imutável, nem um consenso de cruzamento cultural estabelecido ... ser humano não é apenas respirar; é controlar a sua respiração pelas técnicas do ioga, de forma a ouvir literalmente, na inspiração e na expiração, a voz de Deus pronunciar o seu próprio nome – “Hu Allah”. Não é apenas falar, é emitir as palavras e frases apropriadas, nas situações sociais apropriadas, no tom de voz apropriado e com a indireção evasiva apropriada. Não é apenas comer: é preferir certos alimentos, cozidos de certas maneiras, é seguir uma etiqueta rígida à mesa ao consumi-los. Não é apenas sentir, mas sentir certas emoções muito distintamente javanesas (e certamente intraduzíveis) – “paciência”, “desprendimento”, “resignação”, “respeito”.

Através dos conhecimentos sobre o escolar, a enfermagem é uma arte que tem a capacidade de cuidá-lo de uma forma individual, numa concepção total inserida no seu meio ambiente. Isto caracteriza a cultura profissional própria da profissão, que eu chamaria “ideal do serviço”. Ante esta colocação, posso afirmar que a enfermeira tem a capacidade de conhecer o mundo cultural dos escolares e suas famílias e da sua comunidade; ela terá capacidade de aceitar-se culturalmente nas suas particularidades pessoal e profissional; acrescentado as peculiaridades

peruanas que é resultado de diversas culturas vindas de muitas nações.

Geertz (1989, p.65), ao referir-se ao conceito cultural do homem, resume:

Temos que descer aos detalhes, além das etiquetas enganadoras, além dos tipos metafísicos, além das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura, se é que desejamos encontrar a humanidade face a face.

As enfermeiras fazem o aconselhamento sobre os modos de vida e fatores de risco ligados aos comportamentos, bem como ajudam as famílias em questões ligadas à saúde; e ao detectarem previamente os problemas, favorecem a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início.

As enfermeiras do Hospital atuam nos diferentes aspectos a saber: processos de comunicação relacionados as interações criança - criança e enfermeira-criança; de desenvolvimento de padrões de interação social na família, considerando a psicologia infantil e a relação ensinar e aprender no autocuidado; processos de desenvolvimento do escolar-enfermeira em condições adversas; aspectos referentes aos abusos físico, sexual e emocional, e de abandono; construção de valores e crenças relativas aos diferentes aspectos do desenvolvimento humano, incluindo a co-construção da identidade de gênero e o papel do pai; influência da família no

desenvolvimento da criança, entre outros. Esta atuação é permeada por uma reflexão crítica permanente, como eixo do seu trabalho e na inter-relação com outros níveis do SIS/SEG e com a equipe de saúde, tendo como foco o cuidado.

Na concepção cultural do conhecimento, Geertz (1989) enfoca a prioridade diante do conhecer; neste caso o escolar como indivíduo; isto é um eixo que os profissionais de saúde devem estar atentos como um referencial do cotidiano assistencial, numa concepção de espiritualidade, de individualidade e de vida; no segundo momento precisa-se conhecer os aspectos sanitários, técnicos, entre outros, de nosso trabalho.

Manfred (1994) destaca que o desafio dos políticos, planejadores, promotores, e de todos os atores do desenvolvimento é a capacidade de praticar uma orientação transdisciplinar das necessidades humanas para orientar as ações e aspirações, que lhes permita compreender, por exemplo, de que maneira a política, a economia e a saúde vão convergir numa encruzilhada, e poderem descobrir os casos, cada vez mais numerosos, nos quais as más condições de saúde são resultados de uma política e economia insuficientes, que é destacado no conceito de cultura de Geertz (1989).

Com esse enfoque, além dos conhecimentos técnicos – científicos, as enfermeiras devem lançar mão de conhecimentos sociais, culturais e situacionais relacionados à saúde pública e as diretrizes do SIS/SEG

priorizando o mais importante que é o indivíduo, neste caso, o escolar.

Os conhecimentos de saúde pública podem favorecer o contato com os escolares suas famílias e a comunidade, e são os cuidados primários de saúde que permitem a aproximação da assistência de saúde, o mais possível do local onde a população vive e trabalha, bem como estabelece algumas metas como: educação sobre os principais problemas de saúde os métodos de prevenção; diagnóstico e tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns; imunização contra as principais doenças infecto-contagiosas; prevenção e luta contra as doenças endêmicas locais; a promoção de uma nutrição apropriada; e assistência materno –infantil (OMS, 1998) e a evolução destes cuidados.

Considero que a informação não é conhecimento, pode ser o início deste, mas o conhecimento implica a crítica baseada na inter-relação e nas observações. Constato que, nesta confusão do conhecimento com a informação, o resultado é a diminuição do grau de crítica das enfermeiras, pois a visão total dos dados só pode ser prevista pelo conhecimento; quando a enfermeira percebe o que acontece nas interações quotidianas nos serviços e na comunidade, num momento, especialmente quando os programas de saúde têm implicância direta com o desenvolvimento e dinâmica familiar, eles favorecem a ocorrência de fenômenos em resposta a maneira como a família se sente como unidade social.

A respeito disso, Thompson (1995) destaca que os meios de comunicação de massa, ao produzirem informações, às vezes transformam os acontecimentos selecionados em verdadeiros espetáculos para se tornarem notícias; e complemento ressaltando que, desta forma, se desvirtua completamente a informação na comunidade que não tem opção de levantar sua voz com sua crítica. Assim, o conhecimento está longe do sentido real, trazendo confusão e insatisfação geral para os escolares. Com isso, as enfermeiras ressaltaram a importância da educação em saúde, pois tanto saúde como educação são práticas sociais, e elas tem a faculdade de permear todas as práticas sociais.

Durkheim (1973) entende o espaço escolar como prioritariamente reservado à transmissão de uma base comum de idéias, sentimentos e práticas, ou seja, que mesmo assim a escola foi histórica e tradicionalmente concebida para criar consensos, homogeneizar ritmos, valores e condutas, de acordo com uma certa visão - concepção de mundo. A convivência e a socialização no espaço hospitalar devem propiciar aos escolares a apropriação de um certo *modus vivendi*, que na minha opinião deve ser considerado como seus valores, suas crenças próprias, seus costumes, o que numa interpretação simbólica é capaz de minimizar situações embaraçadoras ao escolar e sua família, e assim fortalecer o cuidado de enfermagem a fim de atingir o bem-estar.

A convivência e a socialização é reforçada pelos estudos de Bourdieu (1982) ao definir que a cultura

escolar se efetiva quando os sujeitos se apropriam deste ambiente cultural e o re-elaboraram no seu cotidiano. Nesse processo, é muito importante a participação nos ritos de iniciação ou da instituição. Diante disso, a enfermeira pode complementar estes rituais, nos diferentes momentos do processo de atendimento dos escolares no hospital, como outros a saber: o momento da admissão, a avaliação de enfermagem e médica, a hospitalização, a adaptação ao meio assistencial e as limitações vindas de desinformações e confusões que percebe com clareza, pois são momentos que estabelecem as distinções entre os que se encontram na mesma situação e os que permanecem ou permanecerão fora dela por não terem alcançado o necessário para a saúde.

Thompson (1995, p. 166), ao fazer uma análise da cultura, na dimensão antropológica, distingue duas concepções, que denominou como as concepções descritiva e simbólica:

“ ... a concepção descritiva da cultura, refere-se a um variado conjunto de valores, crenças, costumes, convenções, hábitos e práticas características de uma sociedade específica ou de um período histórico. A concepção simbólica muda o foco para um interesse com simbolismo: os fenômenos culturais, de acordo com esta concepção, são fenômenos simbólicos e o estudo da cultura está essencialmente interessado na interpretação dos símbolos e da ação simbólica”.

Esta concepção simbólica nos estudos de Geertz (1989) não é mencionada nas relações sociais estruturadas, nas quais os símbolos e as ações

simbólicas estão sempre inseridas, e Thompson (1995) chama de concepção estrutural da cultura, cuja análise estuda a constituição significativa e da contextualização social das formas simbólicas.

Posso inferir que a concepção estrutural proposta por Thompson (1995) explicita a contextualização social das formas simbólicas e destaca a importância do conceito de “cultura moderna” numa visão que integra os diferentes campos de interação presentes no processo que compreende o conhecimento dos escolares, desde o momento da admissão, avaliação pessoal, adaptação ao novo ambiente hospitalar até o consumo de bens simbólicos. Isso ocorre na diversidade do cuidado de enfermagem do Hospital, que destaca, na pessoa do escolar, sua individualidade; onde a enfermeira tem a capacidade de interpretar os significados da suas falas, seus gestos, suas maneiras de aceitar ou rejeitar o cuidado e a forma de encaminhá-lo para o seu bem - estar, numa forma pessoal, própria de sua cultura, o que “não anula” de jeito nenhum a concepção simbólica de Geertz (1989), mas que Thompson (1995) valoriza dentro de uma proposta que tenha uma abrangência maior com capacidade de problematizar além dos contextos locais, numa circulação, na qual os sentidos tenham uma perspectiva mais ampla e integradora que seja mediatizada pelos meios de comunicação social, pois o escolar já traz com ele os significados das informações recebidas através desses meios.

Isso pode ser observado no contexto hospitalar e no comportamento individual que cada um dos escolares tem alguma coisa que é comum, como as conversações ou suas expressões, e que foram transmitidas pelos meios de comunicação, as danças ou canções, as imitações das pessoas públicas ou espetaculares, que se tornam familiares no meio; próprias da globalização que todos agora fazem parte, e temos acesso a eles e a todo tipo de informação através da mídia; o que concorda com Ludwing (2000) que destaca que a globalização não só gerando transformações quantitativas no âmbito da economia, mas também qualitativas no âmbito da reprodução cultural. Ainda, o autor (op.cit, p. 12) ressalta que: ... “lo que se globaliza no son unicamente las instituciones políticas y las estrategias económicas, sino también las ideas y los patrones socioculturales de comportamiento”.

A respeito disso, soma-se à cultura da infância, a cultura dos adultos em que se encontra inserida, por exemplo, ao receber informação por parte da enfermeira respeito às práticas de autocuidado, uns aceitam, outros aceitam com certa dificuldade e outros oferecem resistência mesmo assim às normas institucionais, porque eles já trazem atitudes próprias de sua cultura familiar e social, e a isto se soma as características próprias da sua idade escolar; então eles sentem vergonha, impotência ou tomam atitudes defensivas num conflito que é definido por Iturra (1997, p. 22-25) “...o real adulto apresenta-se pouco fácil de

entender na infância ... a criança vê os resultados da ação, não entende o propósito nem a causa”.

A criança lida com esse “real”; o mundo da criança é de diferente natureza, a sua realidade é diferente, ele vai apreendendo valores e formas de atuação que ajudam na formação de sua personalidade e de sua identidade como pessoa no contexto social, que é fornecida pela sua família, suas relações com a comunidade, com seus colegas na escola, seus parceiros, seja no seu lar ou na rua onde ele trabalha, no caso dos escolares de condições sociais mais carentes. É neste espaço onde as crianças apreendem quando e como agir que Pinto, (1998, p. 92) declara: “Ao agir inscrevem o seu saber no contexto social e são também produtoras de práticas culturais”. Considero que as crianças aprendem com as outras crianças e com as informações da mídia, nos espaços onde eles compartilham, estabelecendo pares numa forma de cultura; numa aprendizagem de interação, que lhes permite, reproduzir, imitar, reinventar, apropriar e até manipular o mundo que as rodeia.

A convivência dos escolares com os seus pares através da realização de atividades e rotinas permite-lhes enfrentar medos, representar fantasias e cenas do cotidiano, que assim funcionam como terapias para lidar com experiências negativas. Compartilhar tempos, ações, representações e emoções tornam-se necessários para o entendimento do mundo e faz parte do processo do desenvolvimento pessoal, que

Corsaro (1997, p. 114) ao referir-se à cultura de pares, define como:

“ ... um conjunto de atividades ou rotinas, artefatos, valores e preocupações que as crianças produzem e partilham na interação com os seus pares.” ... considera outras características como: associação da palavra “amigo”;... defesa, para continuar partilhando, dos espaços e brincadeiras (espaço interativo) das crianças exteriores ao seu grupo de amigos; a importância da partilha de rituais, sobretudo baseados em lendas e mitos; a importância dos aspectos simbólicos baseados nas figuras míticas; a transposição do fantástico para a realidade; a brincadeira que lhes permite resistir ao mundo dos adultos; os ajustes secundários que as crianças elaboram para contornar as regras dos adultos; a percepção de que os valores comunitários podem ser usados para perseguir os seus interesses pessoais”.

Compreender a cultura dos escolares é sempre relacioná-la às interações com o mundo dos adultos, o que muitas vezes é produtora de formas de dominação dos adultos sobre as crianças, através de meios de configuração dos mundos específicos da criança e dos elementos característicos da cultura infantil.

Em relação à administração de medicamentos aos escolares, realizado pelas enfermeiras do Hospital, é um procedimento básico de enfermagem que exige do profissional aprimoramento de seus conhecimentos, técnicas e a aplicação de vários princípios científicos, promovendo a segurança necessária e benefícios para o escolar. Entretanto, podem acontecer erros, trazendo sérias conseqüências e até a morte das crianças, o que implica intervenções e medidas urgentes por parte

das enfermeiras para minimizar a ocorrência dos mesmos.

As sete depoentes narraram a carência de medicamentos por diferentes motivos; seis falam da necessidade de controle dos medicamentos diante da saída dupla, do desabastecimento nos estoques que não garantem o tratamento completo; da prescrição incompleta por parte do médico que não tem conhecimento do estoque da farmácia; da prescrição de medicamentos comerciais não incluídos no SIS/SEG, da prescrição incompleta por esquecimento de algum medicamento pelo médico, da incapacidade de compra da família, e dos medicamentos que não há nos estoques:

... por exemplo para uma intervenção cirúrgica antes solicitava medicamentos para a emergência e na hospitalização voltava a pedir, deste jeito se fazia duplo saída de medicamentos, agora não existe mais isso. Somente se pede os medicamentos que vão ser usados na emergência.

(Enf. Socialização)

... respeito aos medicamentos ... foi um problema desde o início, receber o informe de algum serviço quanto a falta de algum medicamento, na maioria das vezes urgente; pessoalmente ia à farmácia, verificava, e diante da impotência de não contar com ele, eu pedia que a família comprasse; situação que pela crise econômica da população, muitas vezes, não se resolvia; não tinha maneira de garantir o tratamento completo

(Enf. Autonomia)

Outra atividade é a atenção direta ao escolar, verificar que tenha seu tratamento completo, se não é assim as enfermeiras tem que ficar atrás do médico e alcançar finalmente que a atenção estará garantida com o tratamento completo.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... outra atividade é a atenção direta ao escolar, verificar que tenha seu tratamento completo e administrá-lo, se não é assim as enfermeiras tem que ficar atrás do médico para garantir que a prescrição esteja bem registrada ... e diante da falta de recursos, ela não pode resolver os problemas de seu competência ... eu vejo como desvantagem a perda de tempo ao adquirir o medicamento do SIS/SEG, que às vezes não existe nos depósitos.

(Enf. Filosofia)

... eu verifico se o escolar tem os medicamentos completos de acordo com as prescrições médicas porque, muitas vezes, o médico esquece de colocar alguma, e nós temos que insistir de forma que o medico cumpra ou no caso contrário nós temos que transcrever a prescrição do registro clinico para facilitar o trabalho e garantir o tratamento ... às vezes eu como enfermeira tenho que pedir à farmácia os medicamentos sob minha responsabilidade para ser debitado do meu salário e eu não sou a única enfermeira que faz isto, todas temos disposição de ajudar.

(Enf. Ideal de Serviço)

... nós verificamos que o escolar fora atendido com todos as prescrições médicas, e administramos o tratamento completo.

(Enf. Ética)

... em questão de medicamentos, é diferente porque os pacientes que não pertencem ao SIS/SEG têm que comprar medicamentos comerciais.

(Enf. História)

A enfermeira História ressalta a administração de medicamentos aos escolares que não são assegurados. Eles têm que comprar, e isto é destacado nos estudos de Palomino (2001, p. 41) que faz um balanço geral dos serviços hospitalares no Peru e caracteriza alguns problemas dizendo:

...*“La problemática de los hospitales ha sido tratada de manera aislada y se les dirige com una visión de archipiélago, lo que quizás constituya uno de los*

problemas centrales. No existe uma entidad en el gobierno que asuma en los hechos la responsabilidad de la visión integrada, ni um planeamiento estratégico que los incorpore. En esse entorno, cada hospital toma las decisiones que le parece más adecuadas para sobrevivir y conseguir la asignación de recursos ... Los problemas identificados: ausencia de uma visión de conjunto en la administración del sistema y en el uso del presupuesto. Baja productividad em los hospitales, alto grado de capacidad instalada no utilizada, duplicación e indefinición de funciones. Deficiencias en la definición y clasificación hospitalaria y carencia de sistema de acreditación y referencia em MINSA . No hay definición de responsabilidades ni control ... las clínicas de MINSA no registran de manera separada a contribución financiera..."

Quanto à discriminação no atendimento do SIS/SEG; no Hospital, mesmo que se apresentem tais situações, as enfermeiras atendem de qualquer forma, além das limitações; para isso, elas fazem uso das relações interpessoais ou pedem ajuda a outras instâncias. Posso inferir que esta situação de discriminação ocorre devido à falta de uma política institucional, que não considera o comportamento da população e o respeito ao processo saúde-doença, numa sistematização e institucionalização das experiências de adequação cultural de atendimento em saúde, desenvolvidas por regiões, e considerando a diversidade cultural peruana.

A afirmativa de Palomino (2001) foi analisada por Aramburu e Figueroa (2000) num estudo sobre pobreza e exclusão social, realizado em Lima / Perú; consideram que, no caso da saúde, as condições de vida duma pessoa serão melhores se sua saúde e o acesso aos serviços de saúde caem dentro dos

parâmetros considerados como “normais”. Em relação ao contexto, à época da criação dos SIS/SEG, em que a política de saúde esteve orientada para a planificação familiar; no caso as famílias planejaram a gravidez ou fizeram controle pré-natal na última gravidez. Dessa forma, as famílias incluídas socialmente quanto à variável saúde, contrariamente passaram a formar parte do grupo excluído. Esses indicadores refletem a intervenção de um médico ou profissional da saúde na vida dos pobres, favorecendo, de certo modo, a “chegada” das políticas de saúde a estes setores da população.

Ao analisar esta situação com o conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 84), ressalta-se a estratégia ideológica de legitimação, na modalidade de racionalização que o autor define como:

“... relações de dominação podem ser estabelecidas e sustentadas pelo fato de serem ocultadas, negadas ou obscurecidas, ou pelo fato de serem representadas de uma maneira que desvia nossa atenção, ou passa por cima de relações e processos existentes ... a modalidade de racionalização, através da qual o produtor de uma forma simbólica, constrói uma cadeia de raciocínio que procura defender, ou justificar, um conjunto de relações, ou instituições sociais, e com isso persuadir uma audiência de que isso é digno de apoio”.

Conforme as definições de Thompson (1995), posso inferir que os parâmetros de inclusão – exclusão, explicados por Aramburu e Figueroa (2000) no contexto da criação do SIS/SEG, falam da inclusão dos escolares que estudam nos centros educativos do estado no acesso aos serviços de atendimento

assistencial, excluindo os escolares que não estudam, os que estudam em escolas particulares, as crianças que trabalham na rua e não têm condições de acolher-se aos programas sociais pela falta de orientação, documentos de identificação, entre outros, ou pela (re)formulação constante do programa que não foi claro nem para os executores; mas a mídia mobilizando o sentido pelas formas simbólicas textuais, narrativas entre outras, mascarando o sentido de legitimação ao serviço do poder do governo, ajudou a fazer do SIS/SEG um espaço de exclusão, que no cenário assistencial no Hospital ainda motiva conflitos com os direitos humanos.

Na observação da prática assistencial da enfermeira no tocante ao processo da administração da prescrição de medicamentos aos escolares do SIS/SEG, que procura ser integral e contínuo, o hospital assume diretamente todas as tarefas que inclui a cadeia de produção desde a alimentação do escolar neste caso até seu diagnóstico, medicação e reabilitação, passando por sua limpeza, seguridade, aclimatação, descanso, entre outros. Por esse motivo, torna-se razoável que administrem medicamentos dentro da atenção hospitalar total porque são parte essencial e inseparável do tratamento hospitalar; a provisão de medicamentos inclui a entrega de insumos e outros recursos próprios. O importante deste procedimento é que condicionam o tratamento hospitalar ao uso de uma tecnologia baseada em princípios científicos.

No Hospital pude - se constatar que o tratamento apresentou-se mais fragmentado quanto a diagnóstico, prescrição e tratamento; que são fases do processo de atendimento e compreendem diferentes responsáveis; este processo tem o significado de administrar medicamentos, como umas das tarefas planejadas, que para ser efetiva tem que se contar com o medicamento numa forma tangível; o que não é cumprido, pelas considerações das depoentes, cujo papel no processo de administração de medicamentos é de grande relevância para o restabelecimento da saúde dos escolares neste caso. É necessária uma melhor compreensão de sua atuação, visando uma assistência de enfermagem com qualidade; considerando que a administração de medicamentos é um processo multidisciplinar que exige da equipe de enfermagem segurança, eficiência e responsabilidade.

Mais, além das limitações expostas, posso inferir que o problema aumenta, diante do risco de erros na administração de medicamentos que ocorrem, segundo os profissionais, devido à falta de atenção, letra ilegível dos médicos, sobrecarga de serviço, número insuficiente de funcionários, cansaço, pressa, estresse e obviar o tratamento. A conduta frente a estas situações é de comunicação com a equipe médica ou de ficar num conflito permanente, pela impotência de necessitar e não poder contar com o recurso; o que se pode perceber facilmente numa

visita ao hospital, considerando as carências dos hospitais do ministério de saúde peruanos.

A situação se complica diante dos meios de comunicação que difundem a mensagem nos termos de “procura do estabelecimento de saúde, onde o escolar pode contar com todos os serviços de saúde, que oferece o SIS/SEG”.

Isto analisado pelo conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 82 – 83), é definido dentro da estratégia de legitimação na modalidade de universalização, a saber:

“Relações de dominação podem ser estabelecidas e sustentadas, pelo fato de serem representados como legítimas, dignas de apoio ... acordos institucionais que servem aos interesses de alguns indivíduos, são apresentados como servindo aos interesses de todos, e esses acordos são vistos como estando abertos, em princípio a qualquer um que tenha a habilidade e a tendência de ser neles bem sucedido”.

A dificuldade gerada pelo pessoal médico, na fase da prescrição, em que não toma conta dos estoques nos armazéns do hospital, ou prescreve o medicamento com nome comercial; gerou perda de tempo para lograr que se cumpra a administração do medicamento prescrito numa forma completa; a perda da oportunidade de lograr com êxito o horário da prescrição, diante a falta de medicamento, isto poderia ser tratado como uma violação dos direitos humanos; talvez não seja intencional, mas mecânica.

Analisando a conduta do médico que interfere nos objetivos do cuidado de enfermagem, pela

concepção cultural de Geertz (1989, p. 186), pode-se ressaltar que:

Não é suficiente dizer que alguém tem consciência de alguma coisa; esse alguém ter que ter também a consciência de que alguma coisa é alguma coisa. Há uma diferença entre a apreensão de uma Gestalt (um frango percebeu o efeito Jastrow tão bem quanto um humano) e sua apreensão através de seu veículo simbólico. Olhando em torno de um aposento, tenho a consciência de praticar, quase sem esforço, uma série de atos combinatórios: algo não-familiar; tenho imediatamente a consciência de que uma parte da combinação está falando, e me pergunto o que é (objeto) – uma questão excepcionalmente misteriosa. ... O que está faltando e o que está se pedindo constituem um modelo simbólico aplicável sob o qual subordinar o “algo não familiar” e assim torná-lo familiar.

Geertz (1989), numa análise interdisciplinar, enfoca que, neste caso, os médicos não estão tomando consciência da situação de risco em que colocam as crianças. Supõe-se que eles se acostumaram a procurar as enfermeiras diante dos seus esquecimentos e estilo de vida de deixar pendentes as coisas para que outros façam por eles. Ainda, Geertz (1989, p. 93) resalta que:

“... o sistema nervoso humano (e dos animais inferiores, numa extensão correspondentemente menor) exige uma corrente contínua de estímulos ambientais existentes, num grau ótimo, como precondição para uma atuação competente ...”

Essa preocupação profissional, corroborada por Waldoff (1995), o profissional não pode desempenhar a sua ação mecanicamente, sem conhecimento do que está fazendo e do motivo; o que pode resultar em danos para o cliente, bem como contribui para o

desprestígio da profissão e da auto-estima das cuidadoras.

A manifestação das depoentes está reforçando a necessidade de reivindicação do cuidado interdisciplinar na busca da sua valoração e o rompimento das barreiras relacionadas ao saber-fazer teórico da prática profissional na enfermagem. Na minha opinião, a administração de medicamentos deve ser realizada com eficiência, segurança e responsabilidade a fim de garantir que sejam alcançados os objetivos da terapêutica implementada e, desta forma, uma melhora integral do escolar.

Na prática, elas têm conhecimento de alguns dados quanto ao processo de administração: informações farmacológicas do medicamento a dose máxima e efetiva, intervalo entre as doses, bem como métodos, vias e técnicas de administração, sistema de administração de medicamentos. Considerando a organização das rotinas de administração de medicamentos do Hospital, que é compreendida por todos os que participam do serviço, adota-se vários métodos para assegurar precisão na preparação, a distribuição e anotação dos medicamentos, como a utilização de uma ficha para cada paciente, na qual estão anotados a medicação e tratamentos que o paciente deve receber, as condições do mesmo pelo relato diário, os planos de cuidados e as prescrições de enfermagem; que são atualizadas diariamente, e também observa-se a utilização de um código pelo serviço a fim de que seja mantida uma padronização.

Quanto ao cartão de medicamento, este é preenchido ao mesmo tempo em que se passam as ordens para o documento do paciente chamado Kardex, sendo classificado de acordo com o horário da administração.

No dialogo com elas, observa-se que o método de administração dos medicamentos depende da rapidez com que se deseja a ação, da natureza e quantidade da droga a ser administrada e das condições do paciente. Muitas vezes, as condições do paciente determinam a via de administração de certos medicamentos; e como são inúmeros os problemas que limitam a administração de drogas, porque é importante para elas levar em conta as contra-indicações das vias de administração de Fármacos e as condições para a aplicação, do equipamento e das condições profissionais do aplicador, neste caso a enfermeira; é quem procura oferecer atendimento, nesta área, baseado em altos níveis de observação. Elas ressaltam que o equipamento para cada método é descartável desde muitos anos, e que estão capacitadas na prática, considerando que recai nas suas mãos uma grande responsabilidade.

O ambiente físico, as dependências das enfermarias possuem divisões feitas nos locais para estoque de medicamentos e sua preparação e dispõem de mobiliário para estocagem de material esterilizado, bem como para armazenamento de prontuários, os quais são reunidos numa pasta para cada paciente. Pelo que observei, o tratamento

dedicado aos pacientes é o melhor possível, dentro das condições próprias de um hospital estadual.

Para ilustrar esta situação, apresento dois trechos da observação seguinte.

.... Chega uma mãe de uma criança de 6 anos, ela apresenta os documentos para ser avaliados pela assistente social, refere que o menino esta doente com muita febre e foi inscrito no centro de saúde do Bosque, eu pergunto se o menino esta sendo atendido e ela contesta: já se encontra recebendo consulta no consultório de Emergência, graças a Deus eu não tive dificuldades.

Obs. nº 2

... encontro que o menino é atendido na triagem depois o estudante de medicina avalia os signos vitais e confirma que tem febre de 39 graus C°, o medico de turno indica o tratamento, e uma enfermeira administra a medicação, posso constatar a segurança, alegria e a disposição maternal da enfermeira no procedimento; ao concluir, faz gestos de amizade com o menino, após, ela fica pendente das reações do menino quanto ao fármaco, e comenta: menino, fale para mim, quando já não tenha calor ... vira para a mãe e diz: me comunica rapidinho qualquer coisa que precise seu menino, obrigada. A enfermeira comenta para mim: ... gostaria de ter mais tempo por cada usuário, para observar melhor as suas reações ... mais com tanto trabalho! ... O menino fica deitado numa cama na companhia da sua mãe.

Obs. nº 2

Nessa observação pode-se constatar a importância que a enfermeira deu à observação da criança após a administração do medicamento, o que confirma o seu grau de competência, na prestação

dos cuidados, além do pensamento crítico que faz da sua prática.

Nightingale (1989, p. 119), em relação a observação da prática do cuidado, ressalta que:

“A lição prática mais importante que pode ser dada às enfermeiras é ensinar-lhes o que observar, os sintomas que indicam melhora no estado do doente, os que indicam o contrário, quais são os de importância, a nenhuma importância, quais as evidências de negligência e que tipo de negligência”.

A prática da Enfermagem, até agora, baseia-se nos princípios de Florence Nightingale porque tem que ver com os princípios de humanidade, como pode-se verificar nos estudos de Waldoff (1995), que tem freqüentemente identificado quatro conceitos centrais para o estudo das concepções teóricas na enfermagem, ou seja: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem, mas ela considera que estes conceitos são abordados ao longo de seus escritos e nem sempre de forma explícita. Waldoff (op.cit, , p. 45-46) continua dizendo:

“Ao nos propormos a interpretar algumas das pressuposições presentes nas concepções teóricas de Nightingale, bem como suas bases filosóficas, estamos cômicos dos desafios enfrentados. Isto porque a interpretação de quaisquer pensamentos, principalmente no que se refere aos de diferentes culturas e períodos históricos, pressupõe grandes riscos, sobre todo o risco de reducionismo”.

Cabe destacar que, na necessidade conceitual, a enfermagem precisa respeitar a cultura e o cuidado necessário para não reduzir o significado dos conceitos. Quanto à cultura da enfermeira peruana,

posso afirmar que, na sua prática vinda das práticas de vida do cuidado, ela já encontrou o ideal de serviço, característica fundamental da mulher peruana, neste cuidado de observação clara, que reforça como prática da teoria de enfermagem na sua preparação e que com as limitações próprias dum país em desenvolvimento, ela, como diz Geertz (1989), vai acrescentando e fazendo críticas em seus conflitos pessoais e profissionais.

Waldoff (1995, p. 122), acredita que o pensamento crítico é:

“... um exercício diário pode tornar-se hábito. No momento que isto ocorre, torna-se mais fácil eliciar o desenvolvimento deste processo nos outros. Como educadoras e como profissionais da área da saúde, como seres humanos num processo de vir a ser, nunca será uma atividade em vão, pois tornamo-nos mais agudamente conscientes do quanto mais precisamos buscar”

Posso inferir a importância das enfermeiras do Hospital na atividade de administração da prescrição medicamentosa, que realizam com muita segurança, condição humana, numa prática teórica do que estão fazendo, e que em todo momento estão prontas às reivindicações nas práticas interdisciplinares; e assumem um posicionamento crítico profissional e na medida de não contar com os recursos. A administração de medicamentos terá sempre limitações, e sendo conscientes desta situação, elas podem evitar as negligências que afetam os usuários nos seus direitos humanos.

No que diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas, as atividades científicas das enfermeiras estão voltadas para a descoberta das inquietações da sua prática profissional; a necessidade de descobrir algo desconhecido; ou questionamento do marco conceptual vigente, entre outros, neste caso no Hospital.

Das sete depoentes, apenas uma relatou a entrega de informação do consumo de recursos materiais de cada escolar ao ARSE como nível imediato superior; implicitamente, ela entrega a informação com fins de ser processada em outra instância, numa pesquisa quantitativa de projeção de necessidades de medicamentos e insumos e compromisso de pagamento ao Hospital por parte de ARSE:

... neste momento por exemplo tenho que entregar ao SIS regional o consumo total de cada assegurado (como parte da responsabilidade quinzenal)

(Enf. Autonomia)

O isolamento das depoentes sobre este assunto traz ao meu pensamento uma preocupação do problema que na sua ausência está ocorrendo e precisa de urgente atenção. O fato da depoente só fala da responsabilidade de entrega da informação necessária aos níveis superiores, na finalidade de fazer estudos de resultados quantitativos, a respeito da quantidade dos gastos, aos escolares que recebem atendimento de saúde, com a denominação de “inversão social”; está demonstrando em primeiro lugar, o grau de compromisso de controle do

programa, assumido pela enfermeira, e no segundo lugar, a forma de pesquisa que a enfermeira realiza, neste caso de intermediária de coleta de dados; com o objetivo de informar aos dirigentes do SIS/SEG quanto aos resultados de impacto econômico para vender à população, e legitimar o SIS/SEG, no aspecto político.

Minayo (2000, p. 10-13) em relação à produção de conhecimento, considera que:

“... toda problemática abordada tem como espaço privilegiado de interrogação a prática da pesquisa, que se busca referenciar como atividade fundamental ... sendo o campo da saúde uma atividade complexa que demanda conhecimentos distintos, integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção ... elerequere como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria desafiada pela prática, a repense permanentemente.

A situação da atividade de pesquisa, não mencionada, nas entrevistas pelas enfermeiras do Hospital, no SIS/SEG, pode-se inferir que, como nos conflitos que abordam permanentemente, a capacidade de pesquisa fica só no primeiro momento; na fase de problematização verbal, numa prática que esquece a disposição de desenvolver pesquisa, como opção fundamental profissional; isto pode se constatado na preocupação delas diante dos inúmeros problemas.

A atividade pesquisadora não feita pelas enfermeiras do Hospital, analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1995), é explicitado na conexão entre o sentido mobilizado pelas formas

simbólicas e as relações de dominação que este sentido ajuda a estabelecer e sustentar.

Ainda, Thompson (op.cit) destaca a ruptura entre produção e recepção como uma ruptura estruturada, em que os produtores de formas simbólicas, embora dependentes, até certo ponto, de receptores para a valorização das formas simbólicas, são institucionalmente instruídos e obrigados a produzir formas simbólicas, neste caso os dirigentes das instituições de saúde, na procura de dar cumprimento às normas, num discurso do SIS/SEG de "resultados", que no meu modo de ver, tem um significado de cumprimento sem contradições; na ausência de respostas diretas dos receptores, neste caso as enfermeiras do Hospital. Pensando este modo, pode-se aproximar das formas simbólicas mediadas pelos meios de comunicação de massa, distinguindo três aspectos ou campos objetivos que denomina como "enfoque tríplice".

O primeiro aspecto é o da produção e transmissão ou difusão das formas simbólicas, o segundo é a construção da mensagem dos meios de comunicação e o terceiro é a recepção e a apropriação das mensagens dos meios até chegar à interpretação do carácter ideológico das mensagens, pois ele lança uma luz sobre as instituições e as relações sociais dentro das quais são produzidas e difundidas, bem como sobre as afirmações e pressupostos dos produtores. Sendo assim, Thompson, (1995, p. 395-396) afirma que:

... "O estudo da construção das mensagens é essencial porque ele examina as características estruturais em virtude das quais elas se constituem em fenômenos simbólicos complexos, capazes de mobilizar o significado ... o estudo da recepção e a apropriação das mensagens é essencial porque ele toma em consideração tanto as condições sócio-históricas em que as mensagens são recebidas pelas pessoas, como as maneiras como essas pessoas entendem as mensagens e as incorporam em suas vidas".

Ainda Thompson (op.cit) alerta que a idéia de que os receptores de mensagens são espectadores passivos é um mito enganador que não se harmoniza com o caráter real da apropriação, como um processo contínuo de interpretação e incorporação. Ele esclarece que o mito do receptor passivo anda junto com o caráter enganador de incorporação, é o equivalente metodológico do lado da recepção-apropriação, da falsa tentativa de inferir as conseqüências das mensagens apenas à estrutura e conteúdo das mesmas, e conclui que o objeto por si só não mobiliza sentido. O autor (op.cit p. 396), apoiando-se na análise destes três aspectos da comunicação de massa, diz:

... O processo de interpretação procura explicar as conexões entre mensagens particulares, que são produzidas em determinadas circunstâncias e construídas de determinada maneira, e as relações sociais dentro das quais as mensagens são recebidas e compreendidas pelas pessoas no curso de suas vidas quotidianas. Dessa maneira o processo de interpretação pode começar a explicar o caráter ideológico das mensagens, isto é, - as maneiras como o significado, mobilizado por mensagens específicas, pode servir em determinadas circunstâncias, para estabelecer e sustentar relações de dominação.

Nessas relações de dominação, posso inferir que elas se dão, na medida em que as enfermeiras assumem o caráter passivo de sua atitude profissional, ao priorizar outras tarefas alongadas da sua função pesquisadora, situação que poderia tratar-se de uma consciência ingênua na prática profissional.

Nesse sentido, Geertz (1989, p. 202-205) em relação à ciência faz uma diferença com a ideologia, considerando que, como sistemas culturais, elas devem ser procuradas na espécie de estratégia simbólica que englobam situações que elas representam respectivamente, e enfoca que:

A ciência nomeia a estrutura das situações de tal forma que revela, no conteúdo resolutamente analítico; evitando os artifícios semânticos que formulam de forma mais efetiva o sentimento moral, ela procura maximizar a clareza intelectual. A ideologia, porém, nomeia a estrutura das situações de maneira tal que revela em sua atitude um compromisso com elas. Seu estilo é ornamental, vívido, deliberadamente sugestivo; objetivando o sentimento moral através dos mesmos artifícios que a ciência evita, ela procura motivar a ação ... embora a ciência e a ideologia sejam empreendimentos diferentes, elas não deixam de ter relacionamentos entre si. As ideologias fazem exigências empíricas sobre as condições e a direção da sociedade, o que é assunto de a ciência avaliar (e, quando falta o conhecimento, do senso comum). A função social da ciência vis-à-vis as ideologias é primeiramente compreendê-las - o que são, como funcionam, o que da origem a elas - e em segundo lugar, criticá-las, forçá-las a chegar a termos com a realidade (mas não necessariamente render-se a elas).

As afirmações de Geertz (op.cit) faz que ainda aumentar a minha preocupação, pois ao analisar a situação de não desenvolvimento de pesquisa, como

um obstáculo epistemológico para a profissão de Enfermagem; no sentido de cair só nas exigências empíricas da ideologia quanto às condições e à direção da sociedade, nessa prática quotidiana das enfermeiras do Hospital, de ocupar o tempo realizando tarefas, na maioria de vezes, que correspondem a outras, em vez de responder a suas inquietudes com pesquisas científicas; caracterizando a necessidade profissional do seu desenvolvimento de avaliar com autocrítica profissional, e não cair no senso comum, o que Bachelard (1996, p. 17), nos seus estudos sobre a formação do espírito científico, chama a atenção quanto à ciência, enfatizando:

... Quando se procuram condições psicológicas de progresso da ciência, logo se chega à convicção de que é em termos de obstáculo que o problema do conhecimento científico deve ser colocado ... é no âmago do próprio ato de conhecer que aparecem por uma espécie de imperativo funcional, lentidões e conflitos. É aí que mostraremos causas de estagnação e até de regressão, detectaremos causas de inércia às quais daremos o nome de obstáculos epistemológicos.

Nessa atitude de lentidão e conflitos que a enfermeira fica ocupando o seu tempo, num obstáculo epistemológico iminente, que poderia perenizar a situação de inércia que se está apresentando.

Sendo a cultura definida por Geertz (1989) e Thompson (1995), com significados e dimensão simbólica expressiva de todas as práticas sociais, incluídas suas matrizes subjetivas (hábitos) e seus produtos materializados em forma de instituições ou artefatos, as enfermeiras devem estar atentas para os

significados como conjunto de signos, símbolos, representações, modelos, atitudes, valores, entre outros, e que são inerentes à vida social; vão associando-se às organizações, neste caso o Hospital; para ter estrito senso, e se estes significados são fortalezas de ajuda ou tecidos; que vão limitar a missão profissional, numa análise crítica, na medida que se expandem e enriquecem os novos conceitos.

Por seu lado, o médico considera importante a avaliação dos informes dos atendimentos, com fins de pesquisar os resultados do impacto em que eles têm que intervir para evitar mau uso dos recursos e garantir que os escolares não sejam afetados.

... a principal; é a auditoria da qualidade, nós avaliamos o tratamento em forma integral tanto em hospitalização como na consulta externa e emergência, por exemplo nós avaliamos por que os pacientes estão hospitalizados num tempo prolongado.

(Médico: Inovação Profissional)

O dito depoimento do médico, reflete o sentido da pesquisa priorizando a boa utilização dos recursos, da avaliação do tratamento integral; no meu modo de ver num sentido de otimização de atendimento; mas deixa entrever que alguma coisa está acontecendo ao referir-se a hospitalizações num tempo prolongado, questão de outra pesquisa, mas poderia tratar-se duma forma de rejeição por parte do quipe da saúde, à verticalidade do SIS/SEG; e que já está afetando os escolares.

Thompson (1995) nos lembra que o campo-objeto da investigação social é também um campo-sujeito, quando diz: “os sujeitos que constituem o campo sujeito

- objeto são, como os próprios analistas sociais, sujeitos capazes de compreender, de refletir e de agir fundamentados nessa compreensão e reflexão”.

Isso me faz apropriar do conceito de ideologia de Thompson (op.cit), na medida que as enfermeiras procurem desenvolver pesquisas na prática profissional, neste caso, do Hospital Belén de Trujillo, elas terão capacidade para compreender, refletir e agir, desenvolvendo conhecimento teórico, como resultado da pesquisa científica; na busca de soluções de uma necessidade manifesta na sua prática assistencial, neste caso, frente aos seus problemas reais e potenciais, fazendo uso do método científico.

Polit e Hungler (1987), planejam que a meta final de qualquer profissão é melhorar a prática de seus membros de modo que os serviços brindados à clientela tenham a maior eficácia. Qualquer profissão que busca aumentar sua imagem como tal se dedica à aquisição constante dum conjunto científico de conhecimentos fundamentais para sua prática. Pelo custo crescente dos serviços, os consumidores estão começando a exigir que os profissionais examinem a eficácia de sua prática e precisem o efeito que tem seus conhecimentos e suas capacidades sob a sociedade.

A respeito, Suárez e Artiles (1997; p. 103) afirmam que:

...“para lograr tal desenvolvimiento debemos centrar-nós no corpo de conhecimentos próprios de enfermagem, referidos aos cuidados das necessidades básicas do indivíduo ao longo da sua vida em situação de saúde e ou doença ... o que nos aporta este saber é

dispor dum maior conhecimento dos fenômenos com que nos encontramos em nosso exercício profissional e que tratamos, com independência de outros profissionais”.

O debate sobre os métodos para desenvolver conhecimentos de Enfermagem que sejam apropriados, cada dia mais está sendo parte da literatura das enfermeiras, sejam qualitativos ou quantitativos, a ser usados em diferentes momentos e servindo a diferentes propósitos. Meleis (1985) enfoca que, para a construção da estrutura dos conhecimentos, a enfermagem passou por quatro estágios que são: a fundamentação teórica dos procedimentos, os quais inicialmente auxiliam a delimitar a área de domínio da Enfermagem; a formulação e desenvolvimento de teorias; o desenvolvimento de conceitos a partir da identificação de fenômenos inseridos na prática da Enfermagem para subsidiar a atuação profissional e os debates filosóficos para a construção de estratégias apropriadas na formulação de pressupostos e no cuidado que oferecem.

Esses estágios dão uma idéia, da forma lenta, da produção limitada do próprio conhecimento de Enfermagem, desviada em atividades que não são de seu fazer profissional, mas de outras disciplinas, numa dificuldade de encontrar o próprio horizonte; mesmo assim, nos últimos anos, vai desenvolvendo-se nesta retomada de caminho testando as teorias existentes, na procura epistemológica da teoria de sua prática. Nesse sentido, Holden (1990, p. 233-234) defende que os

enfermeiros necessitam aprimorar o domínio do conhecimento da Enfermagem, reconhecer as limitações de cada um e do próprio conhecimento. O importante é que os enfermeiros recém graduados não se sintam inferiorizados diante do enfermeiro assistencial e este não deve temer seu colega docente. Esta situação gera uma inadequação coletiva e muitos prejuízos.

Este assunto é uma alerta á atitude do profissional de enfermagem quanto ao nível de conhecimento, e que poderia ser a pedra angular das limitações de desenvolver pesquisas numa forma compartilhada nos diferentes âmbitos de desempenho; o que tem a ver também o nível de socialização profissional no que se refere ao desenvolvimento pessoal e inovação profissional; os que de acordo com os estudos realizados pela investigadora. Jiménez (1995), sobre nível de profissionalismo da enfermeira, destaca os fatores que conjuntamente com a responsabilidade, a autodeterminação e a auto-regulação determinam a autonomia duma profissão; é o eixo indispensável de desenvolvimento como unidade profissional.

Nesse sentido, Silva e Arruda (1993, p.119-124) consideram que a produção do conhecimento deve resultar no processo de criação conjunta do enfermeiro docente e do assistencial, não podendo ser gerado na academia e elevado para ser implementado na prática, defendem que a produção de conhecimento; eu poderia complementar esta consideração, numa reflexão crítica do fazer profissional; em que a enfermeira da assistência, tem que ser

obrigatoriamente docente, para não fixar as separações da unidade de enfermagem, como se foram dois profissionais diferentes.

No Hospital, as enfermeiras dos serviços assistenciais que não pertencem às instituições docentes (universidades) orientam, supervisionam a prática das estudantes de Enfermagem, muitas vezes, na ausência da enfermeira docente responsável; só para garantir o bom atendimento ao usuário e da boa formação profissional da aluna; nos últimos anos pode-se observar que as instituições universitárias, através dos departamentos docentes de Enfermagem, estão alcançando um certificado de reconhecimento docente as enfermeiras assistenciais; no meu entender, a enfermeira assistencial fica satisfeita no contexto de avaliação anual que a instituição de saúde faz dos trabalhadores e esta certificação é válida para ela.

Isto pode ser ilustrado no trecho da seguinte observação:

... Escuto o dialogo da enfermeira com a aluna de enfermagem, a qual se encontra com uniforme branco: a enfermeira (B) fala para ela, e diz: eu observei como você administrou o tratamento oral ao menino que chegou com sua mãe em braços; parabéns, mais precisa de sua parte um pouco mais de serenidade... isso se consegue com a prática, depois é todo natural... me acompanha à sala de trauma? ...a estudante diz: a professora falou com a senhora que eu tenho que sair antes da hora de saída? ... a enfermeira contestou ... não; eu só vi à professora na hora que chegaram, depois, não tomei conta ... a enfermeira olha para mim e diz ... as professoras desaparecem e, muitas vezes, chegam na hora de saída.

Obs. nº 5

Fazendo uma análise crítica com o conceito de ideologia de Thompson (1995, p.82), o fato de alcançar uma certificação que tem um valor nominal por parte da Universidade através das Faculdades de enfermagem, também é uma relação de dominação, na estratégia ideológica no fundamento racional (que fazem apelo à legalidade de regras dadas), numa modalidade de estratégia típica de racionalização:

... através da qual o produtor de uma forma simbólica constrói uma cadeia de raciocínio que procura defender, ou justificar, um conjunto de relações ou instituições sociais, e com isso persuadir uma audiência de que é digno de apoio.

Analisando a definição de Thompson (op.cit), as pesquisas integradas de enfermeiras assistenciais e docentes, na Enfermagem na região são escassas; esta certificação nominal que as enfermeiras assistenciais recebem não diz nada quanto à desenvolvimento profissional, especificamente no desenvolvimento de pesquisa profissional; a enfermeira assistencial: não recebe qualquer remuneração adicional pela atuação como docente junto aos estudantes de Enfermagem, e em muitos casos, com os estudantes de medicina quanto à implementação dos programas. A instituição docente oferece a certificação nominal, considerando que a enfermeira assistencial está cumprindo sua atribuição; justificando deste jeito que as práticas profissionais das estudantes são dignas de apoio. Por seu lado, a enfermeira docente sente-se apoiada pela enfermeira assistencial quanto às facilidades para o

desenvolvimento do estágio, independente da sua presença.

A enfermeira assistencial recebe a prática, as pressões ideológicas através da estratégia de naturalização no interior de sua instituição, vinda dos dirigentes e outros membros de equipe de saúde e de racionalização pelos membros de enfermagem docentes no exterior da instituição, situação que se torna asfixiante e ameaça o desenvolvimento duma prática epistemológica profissional da enfermagem.

3. (Ir) Racionalização do Atendimento do SIS/SEG

Este tópico descreve a racionalização do Programa do SIS / SEG no Hospital, numa caracterização das normas estabelecidas que com a mudanças governamentais foram sendo alteradas quanto à cobertura de atendimento aos escolares e à distribuição de recursos humanos e materiais.

Em relação à cobertura de atendimento aos escolares do SIS / SEG, refere-se as implicações ideológicas quanto à inclusão dos direitos sociais, econômicos e culturais no desenvolvimento do programa e aos gastos públicos sociais, o que está intimamente vinculado à forma como se financia o mesmo, à sua composição setorial e à população atendida pelos serviços financiados pelo Estado, neste caso pelo Hospital, especificamente, pelas enfermeiras que oferecem atendimento neste programa.

Das sete depoentes, todas narram a cobertura de atendimento aos escolares, das quais quatro

reconhecem a importância do SIS/SEG e que deve ser para toda a população sem exceção, considerando que numa sociedade, onde a situação econômica, social, política, cultural, entre outros, se torna crítica, o direito social deve chegar a todos os cidadãos, sem discriminação; ressaltando a não inclusão deste programa da população de média condição econômica e dos mais carentes, o caso das crianças, que não estudam e trabalham nas ruas .

... deveria ser para todos; porque as pessoas de classe média também precisamos de contar com este direito, e somos as maiorias especialmente da classe média e baixa.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... no aspecto social, na minha opinião o SIS/SEG ao favorecer só aos estudantes de escolas estatais e não dos particulares, é um programa com muitas limitações, porque pais que têm filhos em escolas particulares fazem grandes esforços, não gozam deste direito; então se é uma medida social, deveria ser mais equitativa.

(Enf. Ética)

... o desaparecimento do SIS/SEG seria terrível, especialmente, para os mais necessitados, e também para os que podem num momento dispor, pois chega um momento que o dinheiro acaba e a pessoa fica como um ser indigente, numa condição de pobreza, pois nos casos de doenças crônicas ou terminais, nenhuma economia pode sustentar e agora tudo é muito caro.

(Enf. História)

... temos crianças que trabalham na rua, crianças que trabalham nos lares, outros que não estudam e não têm a oportunidade para ir para uma escola, então a situação destas crianças ... estão em abandono ou porque os pais não têm trabalho provavelmente e deste modo o estado também deveria preocupar-se sobre o atendimento da saúde para eles de forma urgente.

(Enf. Ideal de Serviço)

O acesso ao atendimento de saúde contribui para a avaliar o bem-estar do indivíduo, constituindo-se em um dos indicadores relacionados com a "qualidade de vida" da população, por isso a assistência oportuna a um estabelecimento de saúde cumpre uma função importante ao prover atendimento à população afetada, que em muitos casos, constitui uma forma aceitável e efetiva de reduzir a pobreza e assim melhorar também as condições de vida da população. Tudo isso tem muito a ver com o comportamento das pessoas diante o processo de saúde-doença, que compreende uma série de condutas alternativas, que vão desde o autocuidado até a utilização de serviços de alta complexidade, passando pelo uso de recursos e técnicas tradicionais.

É também importante considerar que o processo de cuidado da saúde depende de muitos fatores, como: o acesso geográfico, a educação, a economia, a seguridade no trabalho entre outros; a disponibilidade da variedade de recursos disponíveis; a conduta do pessoal de saúde e de agentes tradicionais comunitários; a cultura dos povos; as tradições; as causas atribuídas; as interpretações aos sintomas das doenças e, neste caso, do SEG/SIS, o fator preponderante, tem a ver com a cobertura determinada nas normas de atendimento por um lado e pelo outro nas formas de cumprimento das normas na prática assistencial pela equipe de saúde que oferece o serviço, considerando a natureza de não pagamento (na ideologia de graça) deste serviço.

Por seu lado, duas enfermeiras consideram que a população não deve ter tudo de graça, destacando a necessidade de que a população precisa habilitar-se baseadas no trabalho e assim para ter objetivos, na sua vida, conforme a análise das enfermeiras “Socialização” e “Autonomia” que defendem a posição que os escolares com recursos financeiros, não devem fazer uso deste serviço:

... olhe só, há escolares que realmente devem usar o SIS/SEG e outros que têm possibilidades de comprar medicamentos, ... eu não acredito a que a população tenha de graça todo...a eles se lhe deve dar uma parte e outras devem comprar ... sou da opinião que eles devem receber algo como troca de eles mesmos, por exemplo, arrumando suas ruas, semeando sua áreas verdes, para melhorar sua mesma situação ... as que trabalham são as mães, o marido fica em sua casa de costas, dormindo, a meia amanha deitados esperando a facilidade da vida; as mães saem a cozinhar nos comedores populares onde compram o menu por o custo praticamente de graça, voltam trazendo a comida onde todos jantam e não fazem ninguém esforço para melhorar, eles precisam de muita orientação. o governo de este jeito engana à população para mantê-los entretidos e sempre pobre, pobre, pobre ... isso os conduz a ter motivações à delinquência, prostituição, incesto entre pais e filhos, irmãos, por a desocupação; é preciso dar educação para a saúde, fomentar o auto cuidado.

(Enf. Socialização)

... chegam escolares muito pobres que não estudam e que também precisam do atendimento de saúde e por outro lado se atendem crianças que são solventes que estudam em centros educativos do estado, o que confirma minha percepção de iniquidade; dando-me conta que o dinheiro do estado se esta desperdiçando neles ...

(Enf. Autonomia)

Por outro lado, os depoimentos das enfermeiras a respeito da cobertura de atendimento leva a uma análise detalhada da situação social dos escolares. Quatro delas consideram que o SIS/SEG deve ser para todos sem exceção e duas consideram que deve haver uma conotação de equidade que não permita o paternalismo do Estado protetor; que no seu exercício limita a possibilidade de desenvolvimento das pessoas como cidadãos ao contrário; estimula as pessoas, no sentido de apoiar os programas de proteção.

Estima-se que na América Latina e o Caribe entre 20 % e 25 % do total da população não têm acesso aos sistemas de saúde. A Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), desde os anos de 1999, apoiaram os esforços dos Estados Membros por diminuir esta cifra; propondo a extensão da Proteção Social em Saúde (EPSS) que é uma poderosa ferramenta de política pública destinada principalmente a combater a exclusão em saúde. Segundo indica o informe da OPS, a saúde nas Américas, mesmo que o direito à saúde esteja reconhecido pelas constituições ou documentos equivalentes de todos os países da Região, nem todos têm acesso a ela e a exclusão da proteção social figura na lista de temas prioritários das agendas internacionais de política social ou nas mesmas agendas dos países.

O conjunto de intervenções públicas essenciais são estratégias para tentar eliminar esta exclusão e para

melhorar as condições de acesso ao atendimento de saúde daqueles que, apesar de ficar afiliados a algum sistema de proteção social, o estão em forma incompleta ou inadequada sendo a causa central a pobreza a medição da exclusão em saúde configurando-se problema complexo.

Segundo a OPS (2002) são três as condições que se devem cumprir para que a EPSS possa funcionar na prática como uma garantia: acesso aos serviços, esclarecendo que exista a oferta necessária para a provisão de serviços de saúde e que as pessoas possam ter acesso física e economicamente a eles; seguridade financeira no lar, o que significa que o financiamento dos serviços de saúde não constitui uma ameaça para a estabilidade econômica da família e, finalmente, dignidade no atendimento, ou seja, que ofereça qualidade, e em condições de respeito às características raciais, culturais e econômicas dos usuários definidas mediante um processo de diálogo social.

A inclusão da ampliação da proteção social em saúde como um elemento guia nos processos de reforma setorial sem um projeto que tenha capacidade, que, ao mesmo tempo, possa habilitar aos cidadãos a melhorar suas condições de vida, só vão a fomentar a manutenção dos cidadãos numa atitude de indiferença e espera que outros façam por ele, inclusive o planejamento da sua vida social e econômica. Outro aspecto que considero limite para o desenvolvimento normal dos atendimentos é a

disseminação com estratégias de impacto referente aos atendimentos e às expectativas que gera este tipo de informação na procura que todos disponham dos serviços oferecidos e que na prática não têm sido cumpridos.

Algumas das estratégias planejadas são: a criação de sistemas comunitários de proteção social; estabelecimento de regimes especiais de seguros sociais sem esquema distributivo e esquemas de seguro voluntário com subsídio governamental, entre outras ferramentas. O informe da OPS (1999) define:

“a utilização dum conjunto de prestações garantidas com financiamento público, desenhadas concorde aos padrões epidemiológicos e às prioridades do país, e periodicamente revisadas constitui um instrumento útil para acrescentar a seguridade jurídica; estender a cobertura e contribuir a uma assinação mais eficiente dos recursos”.

A utilização de estratégias subsidiadas pelo governo; assim como as prestações garantidas com financiamento público; mesmo que solucionem o problema num momento determinado, desde uma óptica epidemiológica, só ajudam a sair do problema numa forma paliativa; teriam estas estratégias que ser compartilhadas com outras que por sua vez incluam ações de autocuidado, quanto à proteção da saúde, de melhorar níveis de educação para a saúde, de participação decidida no seu próprio desenvolvimento, tendo em consideração sua condição emocional-social-cultural e de circunstância familiar e de cidadania, numa prestação que tenha capacidade de que seja executado o pagamento

num programa que reverta desenvolvimento na sua própria comunidade, gerando desta forma espaços de trabalho numa orientação de espargimento e melhora da qualidade de vida da pessoa individual e coletiva; na forma só de prestação de serviços que na prática são incompletos, insatisfeitos, que geram mal-estar e impotência; ou de receber um atendimento subsidiado; abrem passo a receber com conformismo só o que o ator responsável deste atendimento se tem boa vontade possa brindar o que o usuário realmente precisa na sua necessidade e no momento oportuno.

A cobertura de atendimento do SEG nos anos 1997 só alcançou aos escolares dos centros educativos estatais de três a dezessete anos; o USP, em julho do 2001, acrescentou ao seguro materno-infantil esta cobertura de atendimento e no mesmo ano com a mudança do governo, criou o SIS que inclui outros setores da população em risco, como foi mencionado anteriormente.

Segundo Petrera M. (2002, p. 103- 107), nos estudos sobre financiamento em saúde, relata que:

“El gobierno ha anunciado el Seguro Integral de Salud (SIS) para la población no asegurada. Este programa ha sido iniciado simbólicamente en octubre del 2001 y se espera que se complete su desarrollo n el 2003. Como antecedentes cercanos tiene los anunciados procesos de fusión de los seguros públicos existentes em los últimos dos años, así como el reciente Fondo Intangible de Solidaridad de salud (FISSAL)⁴⁴ que agrupa las donaciones, los recursos financieros de la cooperación técnica internacional y los ingresos

⁴⁴ Lei 27656 do Congresso da república publicada no Diário Oficial El Peruano

financieros que se generen con el desembolso de dichos recursos".

Ainda, Petrera (op.cit, p.107), faz uma análise do SEG nos seguintes termos

O SEG por definición muestra um significativo nivel de exclusión de los niños más pobres, ya que la falta de matrícula y la deserción escolar⁴⁵ se dan com mayor frecuencia em los grupos de mayor pobreza ... Si bién sólo el 31% del denominado objeto de cobertura del SEG reportó tenerlo, este grupo está medianamente concentrado en la población com menores ingresos (Cuadro siguiente), aunque presenta um nivel apreciable de atención em los estratos de ingresos medios y altos. El 45.2 % del total de la población que reporta SEG se encuentra em los tres primeros deciles (más pobres); el 41.1 % em los intermedios (4°,5°,6°,7°) y el 13.7% restante em los tres más ricos. Estos resultados pueden estar asociados con la migración de um importante sector de la clase media que cambió a sus hijos de los colegios privados a los colegios públicos, debido a la sostenida crisis económica en la sociedad peruana.

Reporte de aseguramiento em la población com derecho a SEG. Perú 2000

Total de población con derecho al SEG	Reportan al SEG	No reportan ningún seguro	Reportan el seguro de EsSalud	Reportan al seguro privado de las FFAA o policiales
100.00 %	31.0 %	52.1 %	15.4 %	1.5 %

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000)

Entretanto, não se trata só de analisar a cobertura em termos dos grupos populacionais, ou dados percentuais do atendimento, mas no melhor dos casos

⁴⁵ O SEG também se propus como um mecanismo para diminuir a desercão escolar, ainda não se conhecem medições ao respeito

dos “incluídos”; que por razões de falta de materiais, de infra-estrutura, de que a instituição de saúde não tem capacidade de responder às expectativas criadas pela população, e alimentadas pelos meios de comunicação.

Para ilustrar apresento um trecho do depoimento do Presidente da República, Alejandro Toledo, na criação do SIS (Diário Oficial: El Peruano, 2002, p. 2):

... La cobertura de Saúde será total en el 2006: Antes de concluir su gobierno, el ciento por ciento de peersonas en situación de pobreza en el país tendrá acceso al Seguro Integral de Saúde (SIS)... El jefe de Estado reiteró que trabaja intensamente por los pobres, propósito central de su administración. “Estoy decidido a ser un guerrero contral a pobreza” ... explicó, que existen millones de personas que aún no acceden a la salud y que mueren por que no reciben asistencia básica ... enfatizó que cuando concluya su gestión “no existirá hombre, mujer, niño o niña que, por razones económicas, no tenga acceso a un seguro digno y humano.” ... “No me pregunten de dónde sacaremos el dinero, pero lo vamos hacer. La voluntad política está planteada públicamente. No existirá mujer pobre en el Perú que no tenga um seguro de salud ... Como un acto simbólico de inscripción de los primeros beneficiarios del SIS, el Mandatario entregó su certificado de inscripción al niño Julio César Flores, de dos años de edade, quien recibe atención en un wawawasi del distrito de Lince. O pequeño estuvo acompañado por su madre, Maria Beatriz Leguía Gutiérrez”.

Analisando a mensagem do Presidente da Republica, no contexto da criação do SIS com o conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 86), trata-se duma estratégia ideológica de unificação no sentido da construção, no nível simbólico: “aceso universal ao SIS” que interliga os indivíduos, numa

identidade coletiva independente das diferenças e divisões que possam separá-los; na modalidade de: Simbolização da unidade; estratégia que envolve construção de símbolos de unidade, de identidade e de identificação coletiva que são difundidas através de um grupo, ou de uma pluralidade de grupos. Aqui novamente a construção de símbolo de unidade nacional, tais como bandeiras, hinos nacionais, emblemas e inscrições ... como neste caso: o *cartão de inscrição*.

Mesmo assim, a fala do Presidente quanto a “*não me perguntem de onde vamos a sacar o dinheiro*”; além de reforçar a estratégia de legitimação, do programa digno de investimento; na emoção do discurso reflete a carência de fundamento na expressão, a falta de seriedade, que por ali está iniciando sua gestão.

Acrescentando a fala do Presidente Toledo do governo atual, apresento um trecho do discurso do Ministro de Saúde quanto ao SIS, no Diário Oficial (2002, p. 4):

“O Seguro Integral de Saúde (SIS) no redujo su cobertura y brinda atención normalmente, em todo el país, incluso en casos especiales, aseguró ayer el Ministro de Salud, Fernando Carbone. De esta manera, desvirtuó que el SIS haya recortado su cobertura en más del 55 del porcentaje de sus beneficios, tal como lo denunció el Presidente de la Comisión de Salud del Congreso de la República, Victor Velarde (APRA). Carbone manifestó que una serie de enfermedades que el legislador informó que se excluyeron de la atención del SIS nunca estuvieron incluidas em la cobertura y otras que mencionó si lo están ... el SIS funciona plenamente, con gran agrado, sobre todo, de las madres y niños, quienes reciben atención

gratuita ... el reembolso brindado a todos los establecimientos de salud les sirve para mejorar las salas de parto y de informatica, los instrumentos de laboratorio y médicos para atender en forma óptima a los pacientes. Dió garantía que el SIS continuará com las atenciones de casos especiales, ... existe la cobertura del cotidiano, pero es más frecuente. El 99.5 del porcentaje que abarca las patologías que afectan en su mayor parteson casos de gestantes, niños mayores de cinco años, adolescentes, jóvenes, las madres ya están protegidas con diferentes leyes y con el respectivo decreto supremo, y l os casos especiales."

No discurso do Ministro de Saúde, pode-se constatar uma mensagem, cujo sentido está dirigido a maioria da população, quanto ao atendimento que recebem os usuários dentro das coberturas programadas; enfatiza nos termos de benefício, doença, gratuito, patologia, cotidiano, entre outros; mesmo assim as lacunas quanto a cumprimento do discurso do presidente, na denúncia do presidente do congresso; estão aparecendo; e com elas, distante da maioria no que se refere ao atendimento de saúde.

Diante disso, Thompson (1995, p. 149) considera que ... :

... o que era antes um principio crítico empregado por indivíduos particulares contra o poder estabelecido e a autoridade pública, "a publicidade se transformou num princípio de integração manipulada (veiculado por agencia encarregadas e sua produção – a administração, grupos com interesse específico, e sobretudo os partidos) ". A massa da população se tornou um recurso manipulado que é concretamente excluído da discussão publica e dos processos decisórios, e do qual os lideres e, ocasionalmente, procuram extrair, com o auxilio das técnicas da mídia, assentimento suficiente para legitimar seus programas e compromissos políticos.

A cobertura de atendimento aos escolares, no Hospital, tem um significado de restrição permanente, onde os afetados sempre são os escolares, neste caso; além dos discursos de efetividade do programa, vindos das autoridades ou condutores de saúde; nas visitas ao Hospital, pode-se apreciar sempre a queixa dos usuários quanto ao que falta a um ou outro usuário; ou á enfermeira na procura de algum material para efetivar seu atendimento. Nos titulares dos diários, os casos "especiais" de atendimento tem um espaço, também "especial" que trata de legitimar o programa.

Esta situação de contradições e de (in) cumprimentos quanto ao dito na imprensa pelas autoridades e as carências sentidas pela população, analisado pelo conceito de ideologia de Thompson (1995), se trata duma estratégia ideológica de dissimulação na modalidade de deslocamento que o autor (op.cit, p.83) descreve:

"... relações de dominação podem ser estabelecidas e sustentadas pelo fato de serem ocultadas, negadas ou obscurecidas, ou pelo fato de serem representadas de uma maneira que desvia nossa atenção, ou passa por cima de relações e processos existentes ... o deslocamento: um termo costumeiramente usado para se referir a um determinado objeto ou pessoa é usado para se referir a um outro, e com isso as conotações positivas ou negativas do termo são transferidas para o outro objeto ou pessoa."

Ao fazer um contraponto com o Ministro da Saúde, o Presidente da Comissão de Saúde do Congresso da República ressalta o número de casos especiais que foram atendidos e o uso dos termos de benefício, doença, gratuito, patologia, cotidiano entre outros.

Isto caracteriza a transferência do problema maior de limitação de cobertura à legitimação da ideologia de gratuidade, de benefício; e o que é pior, no discurso, não enfatiza o conceito de saúde como bem-estar, mas usando termos como: doença, patologia e rotina entre outros; reforçando a ideologia de caráter repetitivo, cotidiano do atendimento sem a garantia de qualidade (satisfação do atendimento dos escolares, que inclui um bom atendimento quanto aos recursos, trâmites administrativos, e assim a garantia da saúde emocional neste processo).

A respeito dos depoimentos das enfermeiras que deve corresponder a uma parte da população, elas indicaram que, diante das grandes limitações de cobertura de atendimento, estão tratando de dar solução a este problema, e na realidade que estão tomando parte desta decisão, considerando que é na prática e no cenário assistencial, onde se desenvolvem os problemas, que elas têm que dar uma solução imediata; quando elas colocam seu ponto de vista de correspondência ou não dos usuários ao programa dependendo de sua situação econômico-social elas estão participando ativamente na tomada de decisões quanto às políticas de saúde com base no seu amplo conhecimento da população, conforme analisado anteriormente.

Sob outro ponto de vista, Thompson (1995, p. 153), considera que:

... “ os indivíduos podem, ainda, ser impedidos de perceber as estruturas de dominação características das sociedades modernas; os processos de iluminação podem, ainda, ser bloqueados; mais, se isso acontece,

não é devido à operação da ideologia, porém, antes, porque a base para a operação da ideologia foi destruída. “A consciência cotidiana é roubada de seu poder de sintetizar; torna-se fragmentada ...Em lugar da “falsa consciência”, temos, hoje, a “consciência fragmentada”, que bloqueia a iluminação através do mecanismo de reificação”.

No cenário, a idéia fixa que se oferece aos usuários é dum serviço gratuito; isto não permite aos usuários olhar mais que esta característica deste programa, alguns diante das limitações não levam em conta este aspecto e recebem o serviço porque “é de graça”; e os que se tomam conta disso exigem, denunciam, mas a denúncia vai contra os que realizam o atendimento, neste caso as enfermeiras; gerando conflitos desvirtuados dos reais responsáveis; isto se pode ilustrar no trecho da observação seguinte:

... A secretaria comenta que tem sérios problemas, outro de eles é a limitação de atendimento as gestantes, pois ela escuto que todas tem direito ao atendimento, mais como o dispositivo legal não chegou ao hospital estas pacientes tem que pagar seu atendimento seja na categoria de B2 ou C. ...eu pergunto ao medico: como esta a quantidade de atendimentos dos escolares, ele responde que agora a quantidade é menor mais os tramites são mais complexos ... Na fila de atendimento o senhor comenta que o menino que faleceu, filho se sua irmã, nasceu bem sem problemas, mais o parto foi de alto risco por a idade de 17 anos, mais lamenta a morte da criança; observo que o clima contextual dos usuários da fila é tenso, uns falam uma coisa, outros ficam calados, um deles diz: é melhor fica boca calada ... continua dizendo ... porque antes não tínhamos esta possibilidade de atendimento, e agora mesmo que tenhamos algumas limitações, a gente tem esta opção ...

(Obs. nº4)

Analisando a situação de impotência que a população sente diante de um serviço recebido incompleto e que não responde às suas expectativas, com o conceito de cultura de Geertz (1989, p. 174), o antropólogo define:

...aquilo que é visto coletivamente como inconsistência estrutural é sentido individualmente como insegurança pessoal, pois é através da experiência do ator social em que as imperfeições da sociedade e as contradições do caráter se encontram e se exacerbam umas às outras" ... "o pensamento ideológico, portanto, é visto como (uma espécie de) resposta a esse desespero: "A ideologia é uma reação padronizada às tensões padronizadas de um papel social". Ela fornece uma saída simbólica" para as perturbações emocionais geradas pelo desequilíbrio social.

Na cultura da população peruana, especificamente dos escolares na sua dimensão familiar-social, em Trujillo, que recebem atendimento de saúde do SIS/SEG, corrobora Geertz (op.cit), eles têm uma resposta para seu desespero concorde com o grau de conhecimento do programa, por parte da população e de equipe de saúde; o grau de instrução, de compromisso com os problemas sociais; e o grau de complexidade da situação real que esta comprometendo a saúde do escolar neste caso. Esta resposta, na maioria das vezes, é de resignação, na esperança de continuar recebendo atendimento numa outra oportunidade, e não quer indispor a equipe de saúde; nos outros casos, o usuário, grita, se nega a comprar alguma coisa ou trazer algum documento que falta e em muitos casos, vão á

imprensa e denunciam; seguido dum desmentido como o depoimento do ministro de saúde; que se torna num circulo vicioso que segue num continuo.

Trechos das limitações quanto à cobertura de atendimento seguem ilustrando, no qual os membros da equipe de saúde para sair do problema usam estratégias que, na ideologia de Thompson (1995, p. 86), se chama de unificação na modalidade de padronização:

“ ...formas simbólicas, são adaptadas a um referencial padrão, que é proposto como um fundamento partilhado e aceitável de troca simbólica. Essa é uma estratégia seguida, por exemplo pelas autoridades do estado, que procuram desenvolver uma linguagem nacional, em um contexto de grupos diversos e lingüisticamente diferenciados”

Nos trechos da seguinte Observação pode-se verificar as estratégias das enfermeiras:

Sáímos do serviço de obstetrícia e caminhamos por o hospital ate o segundo andar onde fica o serviço de medicina de mulheres, nas escadas fomos abordados por uma senhora que suplicou a J (médico) para que sua paciente (adolescente gestante que estuda em colégio particular) seja considerada dentro do programa SIS, ele falou que a classificação dos pacientes é da responsabilidade da assistente social ...

Obs. nº 1

10:00 am. ao sair do serviço de medicina novamente fomos abordados por a parente que encontramos na escada, J. (medico) explicou que ele não pode dar nenhuma autorização porque ele não conhece a situação social da sua família, mesmo assim perguntou se foi registrada na sua jurisdição, elas contestaram que não, então por ali tem que iniciar o tramite diz X. (médico).

Obs. nº 1

Neste caso, as frases recebidas pelos usuários: “a classificação dos pacientes é da responsabilidade da assistente social” ... “não pode dar nenhuma autorização porque ele não conhece a situação social da sua família”; ... o usuário sente-se impotente e numa capacidade de tomar ações que o grau de preocupação lhe permite que vai desde o silêncio até denunciar nos meios de comunicação social existentes.

Constato que a situação de cobertura de atendimento ou não tem a ver com o grau de democracia, que propõe a administração das instituições estatais; Ilizarbe (2002, P. 80) define a democracia como um sistema político que permite a participação dos diversos grupos que compõem a sociedade, através de representantes livremente elegidos, na tomada de decisões sobre assuntos políticos ... responde aos interesses da comunidade política ampla e não a interesses particulares.

O sistema se sustenta sob os princípios de igualdade e equidade entre os membros que compõem a comunidade política; a liberdade de ação e a capacidade de decisão e eleição livre dessa comunidade política ...ressalta a existência de instituições, normas, mecanismos de participação e vigilância que asseguram a viabilidade e a vigência de ditos princípios ... se baseia na interdependência dos poderes e a transparência no atuar de quem conduz e administra o poder.

Num contexto de contradições da realidade e da fala dos governantes neste caso, quanto à implementação do SIS/SEG, os problemas são apresentados com incoerência nos canais de comunicação, que poderiam qualificar-se como exercício de falta de seriedade das instituições de saúde, num jogo que no cenário se escuta, por exemplo; “vai que outros resolvem seu problema .. eu não estou autorizado...”; “a coisa não é de minha responsabilidade”; ... “por agora, vai comprando o que falta”; ... “pareceria que mudaram as normas, ainda não chegam às novas disposições”; ... “a nossas recém falaram para fazer este trabalho, ainda não sabemos quais são as disposições ... mas vou fazer agora o favor de atendê-lo ...”; ... “uma coisa é o que se diz na televisão, outra aqui na realidade”; ... “agora vou dar-lhe atendimento com o que tenho ... depois você vai apresentar sua queixa onde você quiser”; e assim pelo estilo.;

Por outro lado, a mensagem que as autoridades atuais oferecem à população, estão orientadas para justificar a situação atual; pelas decisões de gestões anteriores como pode-se ver no trecho das situações apreendidas e nos desafios para o setor saúde que destaca Solari (2002, p. 43-44):

La situación de salud, heredada del gobierno pasado, evidencia que la falta de planificación estratégica ha generado una deficiente salud ambiental, con alta prevalencia de enfermedades transmisibles y crecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas. Así, las enfermedades transmisibles siguen siendo la primera causa de años de vida potencialmente perdidos. Una mala priorización y el

manejo populista de programas verticales há mantenido elevada la desnutrición infantil y materna. Según ENDES 2000⁴⁶, a nivel nacional, um promedio del 25% de niños menores de 5 años se encuentra desnutrido y el 13 % de las mujeres en edad fértil padece de desnutrición crónica. Entonces la falta de políticas de salud preferentemente orientadas a los más vulnerables contribuye a uma elevada mortalidad infantil Existe aún uma reduzida cobertura y un aumento en la exclusión en cuanto a servicios de salud, dado que el 25 % de la población que requiere atención no tiene posibilidades de acceso a los servicios por razones económicas.

Ainda o autor (op.cit p. 44) prossegue: ... “se ha iniciado uma ampliación y mejora en la cobertura nacional” ... “la universalización del funcionamiento del seguro público”.

O Ministro de Saúde, por um lado, justifica as brechas existentes quanto à saúde da população peruana, responsabilizando o governo anterior e por outra assume que atualmente a cobertura de atendimento ainda se encontra reduzida a uma quarta parte da população, que se encontra excluída dos serviços de saúde, na minha opinião; a mudança duma nação é um processo que vai tomar muitos anos, mais é preciso tomar decisões de mudança, com propostas, além das especulações, que nos direitos do ser humano poderiam dar-se na apreciação pessoal num momento de receber um cargo de responsabilidade como é a condução dum país. Considero que é importante ter conhecimento pleno da realidade quando se recebe uma gestão, mas así usar estes dados para justificar os mesmos problemas

⁴⁶ ENDES, a nível nacional, um promedio do 25 % de crianças menores de cinco anos se encontra

na atualidade é uma perda de tempo, de energia e de capacidade de tomar ações de mudança; baseados no respeito mínimo pelos direitos humanos, como é a saúde. Esta situação analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1989, p.82-83) é uma estratégia de Legitimação, na modalidade de narratização:

... “exigências de legitimação ... estão inseridas em histórias que contam o passado e tratam o presente como parte duma tradição eterna e aceitável ... histórias são contadas tanto pelas crônicas oficiais como pelas pessoas no curso de suas vidas quotidianas, servindo para justificar o exercício de poder por aqueles que possuem e servindo, também, para justificar, diante outros, o fato de que elas não têm poder ... pelo fato de contar histórias e de recebê-las contadas por outros (escutando, lendo, olhando), podemos ser envolvidos em um processo simbólico que pode servir, em certas circunstâncias, para sustentar e criar relações de dominação”.

Mann e Gruskin (1999) propõem três relações da inter-relação crítica entre saúde e os direitos humanos: a primeira, refere-se ao impacto potencial das políticas, programas e práticas da saúde, nos direitos humanos, o reconhecimento da complementaridade dos objetivos da saúde pública com as normas dos direitos humanos pode propiciar políticas em saúde e programas mais efetivos; a segunda expressa a idéia que as violações ou falta de cumprimento de algum ou todos os direitos humanos tem efeitos negativos na saúde e o bem-estar físico, mental e social do indivíduo; e a terceira está baseada na idéia da conexão íntima entre ambos os campos. A idéia

central do movimento pela saúde e os direitos humanos é que atuam em sinergia.

Estas relações poderiam ter as mínimas condições para efetivar os programas nacionais de saúde; o que vai limitar a violação dos direitos mínimos humanos, que nas experiências de implementação de programas já tem uma margem de erros difíceis de evitar, estes relacionamentos poderiam ser um início de garantia de atendimento mais humano; também na medida que as condições de implementação de recursos sejam efetivas.

Quanto à distribuição dos recursos do SIS/SEG para os escolares, constata-se a ideologia das enfermeiras na implementação de forma crítica. As sete depoentes dizem que a distribuição é desigual dos recursos humanos e materiais; reconhecendo a importância de uma boa aquisição de medicamentos e insumos; inclusão de doenças congênitas; e dotação de pessoal de enfermagem diante da quantidade e complexidade das doenças dos pacientes atendidos no Hospital.

... nesse momento por exemplo, o hospital não dispõe de insumos, a família tem que comprar, alguns medicamentos não tem autorização de compra, descendo muito a oferta do SIS/SEG pois não cobre todo o que custa uma atenção ...

(Enf. Socialização)

... nos serviços de hospitalização, consulta ambulatorial, existem exclusões do SIS/SEG, caso das doenças congênitas, e em caso das famílias indigentes, não posso fazer nada, isto traz impotência até agora ... pessoalmente ia a farmácia, verificava, e ante a impotência de não contar com os medicamentos eu

pedia que compre a família; situação que por a crise econômica da população muitas vezes não se lograva

(Enf. Autonomia)

... estas pessoas diante a falta de algum insumo ou medicamento, elas comprem fazendo muitas vezes grandes esforços ou penso que teria que dar-se padrões de atendimento de acordo com a realidade econômica do usuário, numa boa seleção de usuários.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... o exagero na difusão através da mídia, onde foi dito que era completamente gratuito, então os pais vieram aos estabelecimentos de saúde onde as vezes não tínhamos para oferecer todo no caso das medicinas então eles exigiram porque eles escutaram pelo rádio a televisão que tem todo e é de graça ...

(Enf. Ética)

... pela tarde e noite há dificuldades, pois em emergência os escolares recebem o tratamento nesse momento e para o primeiro dia na hospitalização; ... nos outros turnos já não tem a mesma disponibilidade.

(Enf. História)

... para cumprir com todas as atividades em qual realmente teria que ser dedicação da enfermeira ao paciente é muito limitado

(Enf. Ideal de Serviço)

... pela pequena quantidade de enfermeiras que trabalham neste hospital, gera perda de tempo para processar prescrições do SIS/SEG porque nós temos que avaliar, enviar ao pessoal técnico de enfermagem depois da visita médica à farmácia para trazer a medicina e uma vez ao ter isto fazer um controle paciente por paciente que às vezes são 4 ou 5 pacientes do SIS/SEG por turno, além dos pacientes de cirurgia que normalmente são mais de 50 de diferentes especialidades ... o pessoal técnico volta dizendo que faltaram os medicamentos na farmácia ...

(Enf. Filosofia)

A distribuição desigual de recursos é devida tanto pelas políticas de saúde excludentes como nas contradições tocante ao grau de conhecimentos delas a equipe de saúde, do grau de compromisso assumido pelos trabalhadores para garantir um atendimento com qualidade mesmo com os poucos recursos que se contam, ou pelas limitações quanto a contar com o recurso requerido numa determinada oportunidade, recurso que pode ser desde um certificado de identificação para pertencer a uma sociedade e nossos povos ainda têm dificuldades para outorgar o mínimo requisito de identidade a cada cidadão; até o direito de inclusão num programa social.

A exclusão dos direitos sociais, econômicos e culturais e neste caso de saúde, tem profundas implicações políticas, já que contradiz os fundamentos essenciais da democracia; no Hospital, sendo um Hospital estadual, um das limitações mais sentidas quanto à satisfação do usuário e violação dos direitos humanos é a carência ou distribuição desigual dos recursos em saúde, sejam eles materiais ou potencial humano; que diante de uma situação de urgência colocam os usuários numa situação de risco; outro elemento a ser tomado em conta é o gasto público social que está intimamente vinculado à forma de financiamento, à sua composição setorial e à população atendida pelos serviços financiados pelo Estado.

A respeito, Oliart (2002, p. 204), referindo-se à exclusão produzida pelas tendências econômicas e de

acesso a informação do mundo contemporâneo considera que não é somente resultado do bem ou mal como as pessoas logram localizar-se nas atuais circunstâncias, mas não é o resultado de práticas ativas que a produzem e reproduzem ...

A distribuição desigual dos recursos, na fala das enfermeiras depoentes, está relacionada às carências quanto aos medicamentos, à exclusão das doenças congênitas, carência de pessoal diante da grande quantidade de pacientes nas salas de hospitalização; na prática, a procura de atendimento sentida pelos escolares do Hospital, analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1995), estão relacionadas à análise social-histórica, neste caso a distribuição e o acesso aos recursos escassos ou as posições institucionais. Pode-se elucidar o sentido que as formas simbólicas podem ter para as pessoas através do exame das características dessas formas, e, se possível, relacionar essas características às formulações oferecidas pelas pessoas que as produzem e que as recebem no decorrer de suas vidas.

Ainda, Thompson (op.cit p. 94) acrescenta:

“ ... ao analisar a ideologia, ao procurar compreender a interação complexa entre sentido e poder, não estamos lidando com uma matéria que admita uma demonstração incontestável ... estamos no campo da mudança de sentido e de relativas desigualdades, da ambigüidade e de jogo de palavras, de diferentes graus de oportunidade e de acessibilidade, da decepção e de auto-decepção, do ocultamento das relações sociais e de próprio processo de ocultamento” ...

A distribuição desigual de recursos do programa SIS/SEG, no Hospital quanto ao esperado pela comunidade, que relaciona as formulações oferecidas dentro da norma, a difusão maciça sob o programa e as grandes limitações sentidas pela comunidade na implementação do programa, no momento de precisar do atendimento de saúde, numa estratégia de legitimação na modalidade de racionalização, em que o governo, produtor da forma simbólica que é o SIS/SEG, constrói uma cadeia de raciocínio, que procura defender com o seguro escolar atendimentos aos seus filhos sem gastos, ou justificar um conjunto de relações ou instituições sociais, e com isso persuadir a todos de que isso é digno de apoio.

Mas o que acontece na realidade nos serviços de saúde é que a opção do acesso ao SIS/SEG é totalmente desmentida diante das grandes limitações sentidas pela população, que não é só a existência do programa e sentir que se pode dispor dele; pois ainda falta ordenamento quanto aos mínimos requisitos para receber este atendimento; que na prática, mesmo que se conte com eles, as limitações se dão pela falta de recursos que geram atitudes de impotência, decepção, conflito diante o risco numa necessidade de vida ou morte.

Geertz (1989) destaca que alcançar a condição humana é alcançar a condição de indivíduo. Chegamos a ser indivíduos graças à guia que nos proporcionam os esquemas culturais dentro de sistemas de significação historicamente criados, porque viver no estado de direito supõe o equilíbrio de

poderes, o respeito de direitos fundamentais e garantias individuais consagradas em nossa constituição, a cultura da legalidade, o exercício de poder legítimo, a democracia e a cultura política do cidadão. A afirmação de que o direito e o estado são uma mesma coisa é tão confusa e injusta que não justificaria um exercício de poder que enfraquecesse a liberdade política dos indivíduos. O estado de direito se concebe como um resultado histórico produto das conquistas sociais e políticas duma nação, confundir o Estado com a idéia de direito significaria um revés não só científico senão também social e político.

Dos Santos (1996) na definição de cultura corrobora Geertz (op.cit p.62) e define que as lutas pela universalização dos benefícios da cultura são ao mesmo tempo lutas contra as relações de dominação entre as sociedades contemporâneas e contra as desigualdades básicas das relações sociais no interior das sociedades. São lutas pela transformação da cultura. Elas se dão no contexto das muitas sociedades existentes, as quais cada vez mais interligadas pelos processos históricos que vivenciamos.

Isto se harmoniza com o pensamento de Wolfgang (2001) no tocante à democracia, que define como algo mais que uma forma de governo, ou de atividade política, um valor, uma referência cotidiana que diz respeito ao conjunto de umas experiências humanas e sociais, objetivas e subjetivas, acumuladas ao longo da história na cultura. A democracia se desenvolve no âmbito da política, do mesmo modo que se pode falar dum papel político para a cultura,

cabe também destacar a função cultural da política. As relações entre os dois planos são recíprocas. Precisamente para se referir a estas relações, usa-se o conceito de "ideologia", daí sua importância.

As limitações vividas pelos usuários neste caso os escolares do SIS/SEG, motivam respostas dos tipos emocional é comportamental, dentro do contexto social, onde eles são atores, e que conjugados se convocam em movimentos sociais, capazes de colocar em risco a tranquilidade e a democracia social, numa luta que transforma seus hábitos, seus costumes e os pensamentos que têm sobre os seus próprios direitos sociais; numa transformação cultural.

Estas limitações apresentadas nos usuários, além dos fatores expostos, também têm a ver com os preconceitos dos trabalhadores de saúde, a respeito da condição econômico – social dos escolares, como posso ilustrar no depoimento seguinte:

... mesmo assim além do atendimento aos escolares de escolas estatais onde temos crianças de todas as classes sociais; a atitude de atendimento da equipe de saúde aos escolares de baixos meios a diferença é notada em relação aos mais pudentes, mesmo que foram do SIS/SEG

(Enf. Filosofia)

No mundo todo, existem ainda pessoas que têm opiniões formadas por estereótipos sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos; numa idéia preconcebida respeito neste caso á raça, á situação socioeconômica, geográfica e com prejuízo contra os mesmos cidadãos que convivem com ela e que

formam parte do contexto; aversão a outras raças, credos, religiões entre outros.

Destaca-se que existem várias diferenças apresentadas pelos homens quanto crenças, valores, costumes e instituições, segundo os tempos e locais e não têm significação alguma para definir sua natureza. Trata-se de fatores e até deformações que recobrem e obscurecem o que é realmente humano – o constante, o general, o universal- no homem. O que acontece em todo caso é que mesmo que há transcorrido mais de um século do processo de franca mestiçagem, que em nossa cultura peruana, agora significa a fortaleza mais evidente da identidade peruana, assim como os escritos de Jose Maria Arguedas⁴⁷, na sua obra literária: “Todas as sangues” que quebra os esquemas de estereotipo; entretanto existem, até agora, alguns pensamentos alienantes carregados de preconceitos, como a fala pela enfermeira Consuelo que deixa notar, na linguagem simbólica, a expressão diferenciada vindas de alguns integrantes da equipe de saúde orientados aos escolares mais pobres e carentes; que na análise de ideologia de Thompson (1995, p.176) é definida de maneira mais apropriada, e mais ampla, esta relação da linguagem simbólica com a cultura:

“Cultura é o padrão de significados incorporados nas formas simbólicas, que inclui ações, manifestações verbais e objetos significativos de vários tipos, em virtude dos quais os indivíduos comunicam-se entre si e partilham suas experiências, concepções e crenças”.

⁴⁷Escritor peruano baluarte da mestiçagem em Peru.

Esta definição comprova a relação direta da comunicação com a cultura, já que a mesma produz através do dialogo neste caso, a transmissão de formas simbólicas, e sendo ela detentora da difusão destas formas simbólicas, é possível subentender que existem diferentes campos de interação entre a transmissão e recepção, pois neste ato, a recepção é feita por sujeitos que estão internados no hospital, os que estão inseridos em contextos sociais, históricos e culturais diferentes dos da equipe de saúde, e ainda mais, eles com a ideologia de graça do serviço não têm opção de responder mensagens no mesmo sentido que as recebem, porque na situação cultural de carências, num serviço que considera de graça; este espaço de atendimento, só vai reforçar a relação de poder vindo da equipe de saúde e dominação sentida pelo escolar em risco e desvantagem, numa estratégia de reificação, na modalidade que Thompson (1995, p. 88) a define como naturalização, nos seguintes termos:

...“Um estado de coisas que é uma criação social e histórica, que pode ser tratada como um acontecimento natural ou como um resultado inevitável de características naturais, do mesmo modo como por exemplo, a divisão social instituída do trabalho entre homens e mulheres, pode ser tratada como resultado de características fisiológicas nos sexos, ou de diferenças entre sexos”...

Neste caso, as diferenças, poderiam ser: carências de economia, cor da pele, como resultado das diferenças sociais que ainda existem lamentavelmente.

Por outro lado, o pessoal médico valora e faz uma avaliação do desenvolvimento de seu serviço de

Neonatologia, e confirma a satisfação pelos níveis de desenvolvimento alcançado, conforme a fala seguinte:

... eu acredito que na minha especialidade o hospital alcançou o nível III ou num nível maior, porque, por exemplo, já temos aparelhos complexos em quantidades adequadas, e a disponibilidade necessária de pessoal, eu me refiro a enfermeira e pessoal técnico na quantidade que requer um UTI Neonatal e também temos profissionais qualificados, as quais não são sub especialistas Neonatologia, mas elas são as pessoas que foram treinadas neste trabalho.

(Médico: Inovação Profissional)

A atitude do pessoal médico é mais tranqüila quando se refere à situação contextual de sua missão; ele fala do equipamento do serviço de neonatologia, como um objetivo cumprido e que oferece satisfação; contrariamente a enfermeira, além do trabalho rotineiro, ela faz críticas, autocríticas, tem inquietudes, e é capaz de denunciar as necessidades não satisfeitas dos usuários e que ela considera que lhe correspondem por direito, desde uma olhada, até ser tratado sem nenhuma diferença, em relação a outros que dispõem de maiores recursos; ela dá muito peso às mensagens e seus significados que afetam ou satisfazem o usuário; o que me faz inferir que ela é um profissional que tem uma cultura de trabalho que trata de harmonizar com as culturas diversas; mensagens que têm significados diversos, dos povos de Trujillo neste caso, o que a transforma numa profissional que respeita sua história, se projeta no futuro e vive num

presente dinâmico; características básicas de um pesquisador da ciência.

Estes trechos da seguinte observação demonstram que o atendimento dos usuários, neste caso dos escolares, inclui a realização de procedimentos concluídos em outras instâncias e áreas obrigatórias como parte dos direitos cidadãos, e pode constatar-se que ainda o Perú não tem capacidade para demonstrar que todos os peruanos gozem do direito de identidade, documento básico de identificação.

... chega um senhor adulto e manifesta que não logrou inscrever-se no centro de saúde, e que isso esta acontecendo com as crianças por falta de certificação de nascimento, ele diz: senhora deste jeito se esta tirando o direito por desconhecimento ou por falta de documentação.

A. S. diz: os centros de saúde de menor capacidade de resolução estão sendo muito exigentes, e os pais de família não tem condições para pagar por direito de uma partida de nascimento que tem um custo de 10 soles⁴⁸, e para os recém nascidos não tem custo.

Obs. nº 2

... Chega nesse momento um senhor e diz eu preciso pedindo ajuda por uma placa de raios X que tem um custo de 23 novos sois e ele tem só 16 novos sois, ele fala que trouxe a uma senhora que não tem família aqui, e trouxe a seu menino doente com celulite, quem não logrou inscrevê-lo e ele esta ajudando; observo que a assistente social avalia os documentos e a situação de saúde do menino e decide que só faça um pagamento de 10 novos sois, o senhor fala que a senhora mora longe do hospital e ali tem centro de saúde do ministério.

⁴⁸ Equivalente a 7.14 reais.

A assistente social me diz: olha, este pode ser um caso do SIS, mais eu não posso fazer nada pois não trai documentos sustentáveis, provenientes do centro de saúde, isto é uma grã limitação ...

Obs. nº 2

È surpreendente constatar como os direitos dos cidadãos estão submetidos á falta ou irregularidade dum documento, e ainda mais quando se trata de documento de identidade duma criança peruana, pondo em risco muitas vezes a vida dum indivíduo que, pela falta de políticas de equidade, não teve a oportunidade seja social, econômica, geográfica de ser inscrito nos registros públicos de identidade no momento de seu nascimento; levando na sua vida uma discriminação, primeiro pelo fato de não ter identidade; e segundo, pela falta desse documento, os seus direitos são limitados ou negados.

Na observação seguinte, pode-se constatar que a falta de informação também é um limitante do atendimento aos escolares:

11.05 horas. Chega uma senhora para perguntar conseguir segurança para suas dois filhas que sofrem de asma, por que ela não tem dinheiro; ela fala que mora perto do Centro de Saúde Santa.... a secretaria fala para ela que infelizmente o hospital regional tem que fazer o atendimento que não é jurisdição de este hospital.

Obs. nº 3

Ilizarbe (2002, p. 104) considera muito importante que na criação de programas dentro das políticas publicas deve-se levar em conta os aspectos desde

seu planejamento, desenho e sua execução, com o objetivo de gerar a intercultura e as relações democráticas entre o Estado e a sociedade civil, e para isso propõe:

... “de generar espacios, canales y lenguajes nuevos que permitan a los diversos grupos que componen la sociedad peruana entablar um diálogo basado en la equidad y en la apertura. Ciertamente, el lenguaje común que habría que impulsar es el lenguaje de la ciudadanía, así como la plataforma desde la que habría que interactuar seía la de la condición de ciudadanos. Sin embargo, aun debemos atender a los contenidos particulares que pueden tener esa condición y esse lenguaje, y buscar la forma de recrear o inventar uno que incluya o incorpore la diversidad de los interlocutores. No imitar, pero sí inventar, a partir de la diversidad”.

Compartindo a idéia de Ilizarbe (op.cit), além da linguagem de cidadania se teria que brindar os mecanismos de difusão das mensagens básicas de espaço e tempo em forma pratica e simples, para informar á comunidade garantindo que ela receba as informações de cobertura, área geográfica de atendimento, sinalização, entre outros, para evitar perdas de tempo, frustrações.

Os significados de uma cultura só podem ser conservados através de símbolos que precisam ser comunicados e compartilhados por todos para que sejam eficientes na explicação, significação e avaliação do espaço físico e social. A cultura, no entanto, não é um dado acabado. Ela é, pelo contrário, dinâmica, pois, como assevera Geertz (1989), precisa constantemente renovar seu estoque de respostas aos problemas que se apresentam para os

grupos sociais. Contudo, o que é inteligível para um grupo pode ser incompreensível para o outro. O que é familiar para uns, pode ser estranho ou exótico para outros. Pelo exposto, está claro que as diferenças culturais são problemas que estão postos para a comunicação intercultural.

Existem outras formas de prática de distribuição desigual dos recursos, como é a falta de medicamentos nas instituições de saúde, conforme o trecho da observação: nº 1:

L. G. (enfermeira), diz: ... tudo tem que fazer a enfermeira, ali estão os registros clínicos, verifiquem o que é o que falta, segundo o reporte no turno da noite, o paciente não recebeu todo o tratamento por falta de medicação.

Na prática assistencial, um dos temas mais mencionados e que gera muitos conflitos e limitações para efetivar um bom atendimento de saúde é a carência dos medicamentos, o que leva a equipe de saúde e especificamente a enfermeira a uma perda de tempo na possibilidade de consegui-lo. Ocorrem muitas situações dentro da instituição que limitam o acesso aos medicamentos por uma prática sem critério, no cenário assistencial; por exemplo, a prescrição dum medicamento que não existe na farmácia ou com nome comercial, o medicamento existe na farmácia, mas pertence a outro programa que não é o SIS/SEG; no momento da prescrição não foi colocado o medicamento correspondente, entre outros.

As limitações vindas de fora são que a difusão do programa na mídia oferece o total da prescrição diante uma doença; mas pela falta de orientação, tal doença não precisa por exemplo de medicação, ou o programa nos mecanismos de abastecimento dos armazéns, no lapso de tempo de entradas e saídas de medicamento, não tem a capacidade de manter um estoque que cubra as necessidades patológicas da população, ou numa análise mais real, podemos explicar isto num trecho das situações e nos desafios para o setor saúde de Solari (2002, p. 43):

“... En cuanto a la posibilidad de adquirir medicamentos, el consumo per cápita se redujo a una tercera parte entre 1998 y el 2000. Además, el área de recursos humanos careció de una política de gestión, por lo que se ha dado un crecimiento no planificado de la formación de profesionales de este ámbito, que luego ingresan al mercado sin derechos laborales, em muchos casos”.

Quando se fala de distribuição desigual de recursos, não só temos que tomar em conta a forma como distribuir os recursos estabelecidos para este fim mas fazer uma análise, na qual se tenha que definir realmente o recurso, em distribuição, mais necessário; considerando que só estamos avaliando os recursos quanto ao SIS/SEG, que necessariamente temos que abordar os termos nitidamente curativos. Mas na outra face da moeda, falando da saúde não podemos obviar falar na distribuição dos recursos indispensáveis para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos; nestes termos, teríamos que abordar os temas de recursos quanto à nutrição, educação, participação,

informação e entendimento, recreação, afeto, liberdade, entre outros, para enfatizar na saúde os aspectos de equidade.

Yamin e Hurtado (2002, p. 22) consideram que:

... Los gastos y políticas de salud deben poner énfasis em los servicios primários y preventivos y em actividades de promoción de la salud que benefician a la mayoría de personas, em vez de invertir em servicios curativos que benefician a pocos. Sin embargo, el género se debe considerar em la determinación de los servicios básicos de salud como, por ejemplo, las necesidades de las mujeres com respecto a los cuidados obstétricos esenciales...

O dito pelos citados autores, tem concordância; más a contradição já é evidente na mesma Lei Geral de Saúde no Perú⁴⁹; pois na realidade estes direitos são violados no mesmo momento que existe ineficiência, discriminação, negligencia, limitação do usuário neste caso o escolar na capacidade de fazer efetiva a opção informada em saúde como pregoa alguns indicadores assinalados pela OPS.

Esta situação de contradição na distribuição desigual de recursos humanos e materiais na prática e garantido nos termos exatos pela Lei Geral de Saúde, conforme o conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 85-86) estão orientados na estratégia ideológica de dissimulação na modalidade de tropo - metáfora:

..."técnica que pode dissimular relações sociais... a metáfora implica a aplicação dum termo ou frase a um objeto ou ação à qual ele literalmente, não pode ser aplicado ... a metáfora pode dissimular relações

⁴⁹ Lei geral de saúde no Perú: n° 26842, 15 de julho, 1997 e publicada o 20 de julho do mesmo ano, entrou em vigência em janeiro do 1998.

sociais através de sua representação, ou da representação de indivíduos e grupos nela implicados, como possuidoras de características que elas, literalmente não possuem, acentuando com isso, certas características, as custas de outras e impondo sobre elas um sentido positivo ou negativo ... o uso figurativo da linguagem, é uma característica bastante comum no discurso cotidiano, que é uma maneira eficaz de mobilizar o sentido no mundo sócio-histórico, e que em certos contextos, o sentido mobilizado desse modo pode estar envolto com poder, podendo servir para criar, sustentar e reproduzir relações de dominação”...

A metáfora da lei Geral de Saúde: a responsabilidade do estado na provisão de serviços de saúde pública é irrenunciável, e é seu dever intervir na provisão de serviços de atendimento médico de acordo com princípios de equidade. Toda pessoa tem direito a receber em qualquer estabelecimento de saúde, atendimento médico - cirúrgica de emergência quando precise e mesmo assim quando subsista o estado de grave risco para sua vida a sua saúde. As pessoas usuárias têm direito a exigir que os serviços que se brindam para o atendimento de sua saúde cumpram com os níveis de qualidade aceitados nos procedimentos e práticas profissionais ... na realidade, o dito não é operativo.

Para Thompson (1995), a interpretação é infinita e conflitante e, nesse sentido, outros itens poderiam ter sido selecionados e analisados, de acordo com a visão de cada analista; com base nesta análise, entendo que, se as entidades públicas passassem a dar mais ênfase à comunicação (organização e planejamento),

na qual os resultados são colhidos a médio e longo prazo, os meios de comunicação serviriam de canal, estabelecendo relações mais estreitas entre os dirigentes, as entidades e a categoria que representam, construindo processos de comunicação efetivos, pontes de duplo sentido, cujos reflexos positivos seriam sentidos por toda a sociedade.

4. Estratégias das Enfermeiras na Implementação do SIS/SEG

Este tópico descreve a utilização de estratégias na implementação em forma permanente pelas enfermeiras que prestam atendimento aos escolares do SIS/SEG; e estão relacionadas ao uso dos recursos humanos e materiais e a comunicação com os diferentes níveis do SIS/SEG.

Das sete depoentes, quatro relatam as limitações quanto aos recursos disponíveis para o atendimento aos escolares do SIS/SEG, e reconhecem a importância de fazer bom uso deles; de contar com as prescrições indicadas em forma completa; de otimizar os recursos já existentes;; fazem menção a criatividade que elas usam diante a carência destes, como por exemplo: ações para obter recursos pulando instâncias; convênios internos, articulações dum programa com outro; empréstimo de medicamentos dos pequenos estoque, mesmo que depois não os recuperem porque as vezes ARSE não devolve; garanto do tratamento completo mesmo que falte

algum documento; solução para a falta de conhecimento de algumas áreas que tem implicância no SIS/SEG na procura de prestar um cuidado de qualidade e controle dos recursos para evitar a saída dupla na mesma prescrição.

... faz mais ou menos cinco (5) meses com quem fiz um acordo que poderia comprá-los e eles voltavam o dinheiro para o hospital ... realizo ações nas outras instancias para lograr que para assegurar que o escolar receba uma boa atenção, garantindo brindar o total dos medicamentos solicitados, os exames auxiliares que conta e não conta o hospital isto que se execute; por exemplo, o SIS/SEG não conta com inaladores para nebulização e o programa preventivo de doença respiratória tem; então nos fazíamos uma intercâmbios de recursos numa forma interna

(Enf. Autonomia)

... somos muito criativas, freqüentemente compartilhamos prestando medicamentos de um usuário para vários, ou se usa dos pequenos depósitos, mais todo se perde por que o SIS/SEG já não tem para voltar ... em emergência para uma intervenção cirúrgica antes solicitavas medicamentos em emergência e em hospitalização volvia-se a pedir, deste jeito se fazia, agora não existe mais isso.

(Enf. Socialização)

... nós vamos para o escritório do SIS/SEG, falamos com o medico responsável que diz que não tem nos armazéns, o que nós fazemos? Estas crianças vão a centro cirúrgico para levar a cabo a limpeza cirúrgica e obviamente precisam do medicamento prescrito, àquela hora a enfermeira tem que se mobilizar ao escritório do diretor, a farmácia é nesse desespero que o medicamento vai aparecendo de um em um ...

(Enf. Filosofia)

... foram necessárias as vezes pegar o telefone para chamar o responsável do SIS/SEG no Hospital, ou também à farmácia do

hospital na finalidade de negociar para alcançar de alguma maneira solucionar todos os problemas ...

(Enf. Ideal de Serviço)

O bom uso dos recursos é uma responsabilidade social, resultado da concentração de esforços para lograr uma boa distribuição deles com vista à satisfação eqüitativa de obter um atendimento completo conforme as propostas da equipe de saúde, num processo de ações, internas e externas, numa instituição. Não se restringe somente à aquisição de dinheiro, mas atinge também o compartilhamento dos recursos, oportunidades e inteligência por parte dos responsáveis que administram.

As instituições de saúde socialmente responsáveis poderiam atender, ao mesmo tempo, satisfazer ao usuário externo, e também os seus funcionários, neste caso, as enfermeiras e outros membros da equipe de saúde, o objetivo de transmitir a seus usuários sentimentos de orgulho, segurança, satisfação e entusiasmo de seu trabalho que garantisse um atendimento com qualidade.

No Hospital, as enfermeiras enfrentam problemas nos serviços assistenciais, que exigem soluções que extrapolam o alcance da capacidade de ação em termos de investimentos, recursos humanos e materiais disponíveis; mesmo assim sua atuação política com capacidade de tomar decisões diante das necessidades. Além disto, grande parte das soluções exigem ações conjuntas, pois dizem respeito a problemas que afetam, simultaneamente, ao SIS/SEG

ou ao serviço; na prática se observa que, não sendo possível às enfermeiras atuar isoladamente, lhes é muito mais prático e fatível buscar a parceria com as enfermeiras de outros programas ou serviços, possibilitando soluções que satisfaçam os problemas específicos em cada serviço com um esforço menor e com melhores resultados finais.

A Direção dos Hospitais Estaduais, no Perú, apresentam, em geral, uma atitude de passividade; de baixa capacidade de intervenção diante da carência de recursos (além do estabelecido pelo cotidiano institucional, seja por cobertura de atendimento ou negligência no abastecimento) para fazer efetivo o atendimento de saúde, mas deixam comodamente que os responsáveis pelos procedimentos, neste caso as enfermeiras assumam ou realizem atividades que poderiam ser realizados por eles quanto a abastecimento de recursos indispensáveis para executar as ações da sua missão, o que pode significar uma renúncia à autonomia da direção do hospital, deixando às enfermeiras a possibilidade de intervir diretamente. Esta situação no Hospital, por um lado permite às enfermeiras aumentar a capacidade de solucionar problemas comuns, fortalecendo a sua autonomia e pelo outro realizar atividades desviadas de sua função.

O uso dos recursos pelas enfermeiras do Hospital, numa análise no conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 94) referentes a considerações tais como: as estruturas de classe. O autor procura elucidar:

... o sentido que as formas simbólicas podem ter para as pessoas através do exame das características dessas formas , e, onde for possível, relacionar essas características às formulações oferecidas pelas pessoas que as produzem e que as recebem no decorrer de suas vidas quotidianas ... ao analisar a ideologia, ao procurar compreender a interação complexa entre sentido e poder ... estamos no campo da mudança de sentido e das relativas desigualdades de ambigüidade e de jogo de palavras , de diferentes graus de oportunidades, e acessibilidade, de decepção e autodecepção, do ocultamento das relações sociais e do próprio processo do ocultamento.

Esta mudança de sentido quanto à desigualdade, grau de oportunidade, de acessibilidade, de decepção, de autodecepção, e de ocultamento que acontecem nas relações sociais do povo que recebe atendimento no Hospital poderia provocar confusões, contradições, que, segundo Thompson (1995, p. 91), define:

... uma contradição: pois as pessoas ao invés de aceitar as relações de dominação por elas sustentadas, podem contestar ou denunciar essas formas e relações, podem ridicularizá-las ou satirizá-las, podem procurar esvaziar qualquer força que as expressões ideológicas possam ter em circunstâncias particulares ... fazendo isso, essas pessoas estão engajando-se não na promulgação duma nova ideologia ... ao contrário, elas estão se engajando numa versão incipiente, de forma de crítica, que pode ser elevada a efeito de uma forma mais sistemática, dentro do marco referencial de uma metodologia engajando interpretativo-compreensiva.

No hospital, as enfermeiras em sua própria forma, ao tomar decisões para conseguir algum recurso diante das necessidades não satisfeitas dos usuários já estão denunciando estas situações ao fazer comentários como: "não temos recursos e na televisão

seguem dizendo que o SIS/SEG é de graça e que no hospital temos que dar tudo" ou quando chega um supervisor do nível central, a cultura institucional prepara os serviços com roupa nova, procuram ter tudo limpo e organizado e se escuta nos serviços as enfermeiras dizerem : "deixem tudo como sempre, para que eles tomem conta da realidade, para que limpem?. Os dirigentes do Ministério de Saúde precisam conhecer nossas dificuldades"; e nas suas atitudes de pular instâncias para procurar os recursos, elas estão dizendo que a instancia imediata superior não soluciona os problemas.

Essa atitude autônoma que assumem também se manifesta na sua formação profissional, pois a enfermeira assistencial, na última década⁵⁰, já sente a necessidade de seguir preparando-se nos espaços da pós-graduação como um espaço de encontrar resposta a suas inquietudes, suas confusões, suas frustrações profissionais, na sua prática, num objetivo implícito de configurar-se em quadros de resposta crítica assistencial que vai responder com conhecimento científico; prova disto é que o Hospital das 120 enfermeiras, 25 têm grau de Mestrado; e na prática, mesmo que não tenham alcançado um espaço conforme o seu nível sua presença exige um trato diferente, o que as levam a optar por outras responsabilidades fora do hospital; tendo conhecimento que elas estão dirigindo projetos não

⁵⁰ Tempo da criação e consolidação do Curso de Pós-graduação na área da Enfermagem na Universidade Nacional do norte do Peru.

governamentais, e estão dedicando-se à atividade política entre outros.

Por seu lado a atitude dos dirigentes do Hospital, sustenta a carências dos recursos com silêncio, indiferença ou permite as limitações destes como hábitos repetitivos e da rotina; fenômeno muito comum nos serviços hospitalares: contrariamente, ao conseguir os recursos por algum meio, numa gestão, onde não têm gerência os níveis superiores do ministério; estes dados são alcançados pela imprensa como sucessos de impacto político; o que pode ser analisado como uma estratégia ideológica que Thompson (1989, p. 83) chama de dissimulação:

“Relações de dominação podem ser estabelecidas e sustentadas pelo fato de serem ocultadas, negadas ou obscurecidas, ou pelo fato de serem representadas de uma maneira que devia nossa atenção, ou passa por cima de relações e processos existentes”.

A teoria pode mostrar como o fato de conseguir um recurso através dos diretivos do nível superior, que o hospital não tem, e que é necessário num determinado momento, gera uma grande expectativa na imprensa. Desse modo desvia a qualidade do atendimento, de carência de recursos; há o significado do símbolo de medicamento ou procedimento conseguido numa gestão especial ... e na realidade a situação dos usuários do SIS/SEG é difícil e não garante um atendimento completo.

Mesmo assim, a atitude de indiferença vinda dos dirigentes responde à objeção ideológica, na qual

estas relações de dominação, aparentemente são passivas, mas ao mesmo tempo tão agressivas, que podem ser capazes de ocasionar susceptibilidade na equipe de saúde e, o mais grave, atentar contra o atendimento de saúde.

Thompson (1995, p.181), referindo-se a este tipo de atitudes, declara:

... os indivíduos comunicam-se entre si e partilham suas experiências, concepções e crenças, estas formas simbólicas estão também inseridas em contextos e processos sócio-históricos específicos dentro dos quais, e por meio dos quais, são produzidas, transmitidas e recebidas; aponta a insuficiência da concepção destes contextos e processos estão estruturados de várias maneiras; podem estar caracterizados, por exemplo, por relações assimétricas de poder, por acesso diferenciado a recursos e oportunidades e por mecanismos institucionalizados de produção, transmissão e recepção de formas simbólicas.

Concorde com a definição de Thompson (op.cit) no tocante aos processos que estão estruturados por relações assimétricas de poder que, no Perú, pelo contexto dos últimos anos, se tornou critico, nesses privilégios de poder do governo, caracterizados por carência de competências, favoritismos, direitos só para aqueles que estão pertos familiarmente ou por amizade aos espaços de poder, o que eu não chamaria de direitos mas de preferências do cinismo politiquero; neste caso por acesso diferenciado aos recursos e oportunidades nos hospitais do Ministério de Saúde como é o caso do Hospital. Isto se torna um verdadeiro problema quando se trata de equidade de oportunidades para as maiorias que no caso das enfermeiras vivem o dia a dia nesta luta permanente

de procurar alternativas de solução ao problema de carência de recursos para muitos.

Geertz (1989, p.185), quando se fala sobre solução de problemas, neste caso para analisar o bom uso dos recursos, define:

O primeiro passo para a solução de um problema consiste na construção de um modelo ou imagem dos "aspectos relevantes" do (ambiente). Esses modelos podem ser construídos a partir de muitas coisas, inclusive parte do tecido orgânico do corpo, e pelo homem, por papel e lápis ou artefatos verdadeiros. Uma vez construído o modelo, ele pode ser manipulado sob várias condições e repressões hipotéticas. O organismo é então capaz de "observar" o resultado dessas manipulações e projetá-las no ambiente, de forma a tornar possível a predição.

O que acontece na prática dos programas de saúde nos hospitais e nas diferentes instâncias do Ministério de Saúde é que as soluções, olhadas como ações de equidade, já trazem incorporadas as "limitações" do processo setorial, de cobertura, susceptíveis de ser manipuladas, ao serviço da preferência e poder, pois trazem o artefato criado, neste caso o SIS/SEG, com um significado de equidade na difusão, que na realidade está descriminando; que na análise ideológica de Thompson (1995, p. 87), seu significado tem características próprias da estratégia de fragmentação na modalidade de diferenciação isto é:

... a ênfase que é dada às distinções, diferenças e divisões entre pessoas e grupos, apoiando as características que as desunem e os impedem de constituir um desafio efetivo às relações existentes, ou um participante efetivo no exercício do poder.

O medico ressalta como estratégia a comunicação personalizada, a garantia do cumprimento da norma do SIS/SEG.

... uma das estratégias está no sentido de eliminar ou desvirtuar toda a possível rejeição de informação reportada com erros, tanto do pessoal médico como não medico da instituição, outra estratégia fundamental foi a comunicação personalizada que ajuda a conscientizar ao pessoal médico, as enfermeiras; dizendo-lhes que nosso trabalho deve ser em equipe, que nós deveríamos trabalhar como peruanos, e assim tirar à frente a nosso país.

(Médico: Inovação Profissional)

Thompson, (1995, p. 201) no tocante à recepção de uma forma simbólica, neste caso as normas do SIS/SEG, define:

Ao receber e interpretar formas simbólicas, os indivíduos baseiam-se em recursos, regras e esquemas a eles disponíveis. Assim, as maneiras pelas quais as formas simbólicas são entendidas e pelas quais são avaliadas e valorizadas podem diferir de um individuo para outro, dependendo das posições que eles ocupam em instituições ou campos socialmente estruturados.

É muito importante avaliar neste caso a atitude do pessoal médico, que na minha opinião tem a ver com o posicionamento, quanto ao cumprimento das normas. No depoimento pode-se constatar que a sua preocupação é garantir uma boa informação; ele tem o compromisso assumido por sua própria decisão de apoio ao SIS/SEG conforme o estabelecido pelas disposições em nível central; mesmo assim, tem a preocupação no tocante a não colocar em risco o pagamento pelo direito de consulta.

O posicionamento do pessoal médico e de enfermagem diferem, no que se refere à filosofia de trabalho, na forma de pensamento, no objeto e sujeito de atendimento; mesmo que as enfermeiras se preocupem pelo financiamento do SIS/SEG como o pessoal médico, sua maior preocupação tem a ver com critérios de equidade, de tratamento humanizado, de solucionar os problemas que limitam o atendimento, ou sejam, garantir um atendimento completo e oportuno com qualidade. O pessoal médico tem maior preocupação por garantir o pagamento, ele menciona sua preocupação nos mesmos termos que as enfermeiras, mais com ênfase no aspecto econômico.

Nesse sentido, Barros (1996, p. 91) apud. Leví-Strauss, enfatiza:

“ o sábio nunca dialoga com a natureza pura, senão com um determinado estado de relação entre a natureza e a cultura, definida por um período da história em que vive, a civilização que é a sua e os meios materiais que dispõem.” ... sem estes meios materiais o homem tem que tirar conclusões a partir de sua observação direta, valendo-se apenas do instrumental sensorial que dispõe ...

Concordante com a definição de Barros (op.cit), o indivíduo, desde o início da civilização, cria mecanismos para garantir uma vida humana e com recursos, tanto em condições de vida normal, e muito mais quando se encontra doente; neste sentido considero que a necessidade de recursos inclusive não depende da sua vontade, mas da atuação da equipe de saúde que, num determinado momento, não basta

só a observação direta e o instrumental sensorial disponíveis, mas a realização dos procedimentos necessários conforme os avanços da ciência.

Isto é entendido implicitamente pelos organismos internacionais que tem implicância direta com a saúde, como é o caso da OMS (WHO, 2000), que na década do 90 do século XX assumiu a liderança a respeito ao aconselhamento junto aos governos no tocante ao andamento das reformas e reestruturações do sistema de saúde e conjuntamente com o Banco Mundial apresentaram as recomendações, num esforço de pesquisa que oferecem critérios para distinguir entre as diferenças de reformas em andamento e aquelas que seriam as mais adequadas, que permitissem oferecer ajuda à comunidade no desenvolvimento e parâmetros para a alocação de recursos. A comunidade que aceitasse tais critério poderia ter a alocação de seus recursos.

Ao respeito, os estudos de Almeida (1999, p.265) enfatizam:

... “ enquanto aos mecanismos competitivos na alocação de recursos financeiros tem sido objeto de varias críticas, uma vez que pode não ser levar aa obtenção de maior eficiência, efetividade ou melhora da qualidade, como se apregoa, alem que pressupõe uma grande capacidade regulatória por parte do Estado e pode exacerbar as desigualdades setoriais. Embora partindo de condições muito precárias, as reformas latino-americanas têm sido mais radicais e concomitantes a extremos constrangimentos financeiros, com importante sub-financiamento setorial ... sem garantia de melhoras substantivas na cobertura e na equidade, pelo alto grau de experimentalismo com que estão sendo implementadas essas reformas”.

Se pode considerar que tais premissas na elaboração das propostas não são tão universais, pois acredito que a cultura dos povos tem seus próprios valores, crenças, hábitos, estes que são válidos nos estilos de cuidar sua própria saúde; mesmo assim é concordante com as afirmativas de Almeida (1999) no sentido dos mecanismos competitivos na alocação de recursos financeiros, uma vez que pode não levar à obtenção de maior eficiência, efetividade ou melhora da qualidade, pode exacerbar as desigualdades setoriais. Ainda acrescento que não pode existir melhora na cobertura e na equidade desde que ideologicamente a forma de criação destas reformas são “setoriais” e como seu próprio nome indica seu significado é “uma parte de um todo”, quer dizer, “não é para todos” é só para alguns; poderia dar-se no melhor dos casos para um grupo de risco mais carente. Neste estudo pode-se constatar que a prática vai degenerando e intensificando-se pelas atitudes subjetivas, de desconhecimento, entre outras, como ocorre nos países como Perú e, especificamente, no Hospital.

Na prática, por exemplo, só para ilustrar a não garantia da cobertura e equidade. No momento da prescrição de medicamentos do SIS/SEG o familiar do escolar, ao solicitá-los na farmácia do Hospital, o pessoal diz: “temos o medicamento, mas não pertence ao SIS/SEG, é do programa de Doença Diarréica Aguda (EDA)”; e não entrega o medicamento; o familiar olha o medicamento na farmácia em exibição, isto reforça sua frustração, e não compreensão da situação; ao

mesmo tempo que reforça a carência de equidade em saúde; situação que a enfermeira conhecedora destes sentimentos de impotência e frustração, busca estratégias para evitar este tipo de atitudes por parte do mesmo sistema de saúde, porque alguns integrantes da equipe de saúde fazem negociações internas como menciona a enfermeira Autonomia saindo muitas vezes da norma.

Nos estudos de eficiência de saúde, Hartz e Penvaurville (1998, p. 79) concluem:

... reconhecimento que sem desatender aos problemas metodológicos e operacionais associados aos estudos da eficiência; certamente problematizam a produção científica nessa área, mais como demonstra a literatura internacional, devem ser assumidos como limitações que se superam na prática avaliativa. Os estudos de custo-efetividade, quanto criteriosamente indicados, proporcionam base de cálculos mais rigorosas sobre as conseqüências das ações de saúde em termos de recursos utilizados, confirmando ou fazendo relativos (pré) conceitos anteriores e sinalam, com melhor direcionamento, novas prioridades de pesquisa.

O problema vai além da base de cálculos em termos de recursos utilizados sobre as conseqüências das ações de saúde e mesmo que foram muito rigorosas; pois tem a ver também com a oportunidade, a qualidade, a atitude de ofereceu o recurso por parte da equipe de saúde e a efetividade do recurso numa determinada necessidade, entre outros. Os cálculos quantitativos, que o Ministério chama de dinâmicos, não tem capacidade de medir.

Na experiência de Cuba, o cuidado de saúde pública, nas últimas três décadas do século XX, foram parte dum projeto social que teve implicações políticas e

econômicas na estrutura do país. Nesse país, o Estado assumiu totalmente a responsabilidade do atendimento de saúde, garantido seu acesso gratuito à totalidade dos cidadãos cubanos, independentemente da sua condição social e o nível de ingresso econômico; numa estratégia de desenvolvimento da saúde pública onde se delinearam esforços preventivos, em todas as etapas de vida dos grupos etários, e no fortalecimento do atendimento primário; tendo como resultados mais importantes alcançados pela saúde pública; a integração dos componentes assistenciais, a formação do pessoal médico e outros profissionais e técnicos que compõem a equipe de saúde; a investigação sanitária do Sistema Nacional de Saúde.

Em Cuba garante-se o acesso à totalidade dos cidadãos; apesar de sua difícil situação econômica, tem os indicadores mais favoráveis de saúde da América - Latina, que, nos anos 1990, reduziu sua taxa de mortalidade infantil a 10 por mil nascimentos vivos, num perfil de modelo comunitário de atendimento, numa estratégia que alterna com a tecnologia dos últimos tempos. Nesse sentido, Cuba tem escassos recursos de primeira necessidade, contudo a pergunta é: quais os indicadores de impacto?, como realizam a implementação deste modelo comunitário com capacidade de responder as necessidades curativas?. Questionamentos tornam-se necessários: será que o perfil comunitário permite o acesso à maioria, num contexto de equidade? será que as enfermeiras cubanas também estão realizando estratégias

inovadoras, de criatividade para alcançar estes indicadores?. Partindo do pressuposto que a Enfermagem enfatiza seu trabalho nas ações de prevenção e promoção da saúde, num enfoque individual, nas dimensões de família e comunidade nas diferentes circunstâncias do processo evolutivo da vida. Questões a responder, pois na prática assistencial do Perú, ainda está faltando. Considero importante apresentar estas inquietudes para estudos posteriores.

È possível constatar as estratégias usadas pelas enfermeiras, num trecho da seguinte observação.

... a secretária do serviço de maternidade diz: isto ocorre todo os dias, e o hospital tem que manter de um ou dois dias às usuárias só por que não fazem os tramites na forma oportuna; eu lhe pergunto, porque ocorre isto?, ela diz: as enfermeiras comunicam a farmácia com muita antecipação, por que elas conhecem os pormenores dos assegurados, mais a farmácia não realiza o preenchido de medicamentos consumidos, parece que é questão de ordenamento, mas eles também tem muito trabalho diário e não tem pessoal; o usuário tem que esperar até que esta folha chegue ao serviço de maternidade, olha é muito ruim que a cama fique ocupada muitas vezes, dois dias sem necessidade; a digitadora fala: o que acontece é que o expediente do SIS passa por muitas mãos.

Obs. nº 4

Nesta observação, podem-se constatar as contradições geradas numa administração que tem carências de ordenamento quanto à boa distribuição dos recursos. Por um lado, as enfermeiras, numa forma responsável, atuam oportunamente na tramitação da documentação para evitar manter os usuários

hospitalizados mais tempo que o necessário; e pelo outro lado, o fato de que o expediente de alta passa por muitas mãos, não garantindo a oportunidade de tramitação total do processo de alta, gerando incerteza por parte da família dos escolares com implicações emocionais, sociais e econômicas, entre outras, e para o hospital é uma perda econômica na possibilidade de não contar com leitos disponíveis diante das necessidades da comunidade.

No tocante à comunicação com os diferentes níveis do SIS/SEG, destaco as implicações ideológicas quanto ao processo interpessoal, no qual os participantes expressam, através das comunicações verbais e não verbais, o significado quanto à operacionalização do SIS/SEG numa intenção de influenciar o outro a fim de alcançar um atendimento de saúde com qualidade, o que determina o tipo de relacionamento estreitamente vinculado em nível de informação, e codificação a respeito do significado mesmo das mensagens; neste caso, no Hospital, especificamente pelas enfermeiras que prestam atendimento no SIS/SEG.

Das seis depoentes todas narraram a comunicação com os diferentes níveis do programa, tendo amplo conhecimento integral da necessidade e da realidade social do escolar, além das normas do SIS/SEG, e relatam a importância da informação; orientação; diálogo; treinamento; entrevista; influência para um bom atendimento de saúde, em conjunto com os professores dos escolares, os médicos, o pessoal do ARSE local, pessoal de farmácia, a família, a comunidade, o diretor do hospital, as próprias colegas

e os que oferecem atendimentos no SIS/SEG do Hospital.

... por outro lado mesmo que os professores e a comunidade das escolas têm capacitação respeito ao SIS/SEG, não se faz bom uso do SEG ... agora vou para as escolas, ao início e ao final do ano acadêmico, trato de informar-lhes, como é que devem vir, que devem trazer; no caso de uma emergência, dou a conhecer todos os pormenores para otimizar o atendimento... os médicos receberam muitas capacitações por parte de nós e de ARSE Local e Central ...

(Enf. Autonomia)

... nós tivemos que optar por estratégias para que além de nosso trabalho ter que informar à comunidade que este serviço é para toda a população ; hoje todo o mundo sabe, e a atenção é feita forma em normal legítima.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... dependendo da cultura das pessoas, se a enfermeira explica à família dos escolares que não há isto, não há outra coisa; eles já dizem senhorita eu comprarei isto, é necessário o fazer entender as pessoas que não são como a mídia diz, a realidade é muito diferente, até mesmo entre hospitais de Trujillo com Lima, porque aqui tudo é centralizado;

(Enf. Filosofia)

... a enfermeira comunica ao médico a falta de medicamentos, para que possa mudar para outro, às vezes o SEG da instituição compra, isto favorece à enfermeira porque isso lhe permite cumprir com o paciente ... outra estratégia é dialogar com o paciente e fazer-lhe entender que o SIS/SEG não dá tudo, por exemplo, ontem à noite eu precisei de seringas de 10 e eles me deixaram de cinco cm, isto já é uma limitação. ...

(Enf. História)

... entrevistar a mãe é a parte mais importante do SEG, e deste modo conhecer suas necessidades e poder garantir uma educação muito mais direta que tem que ver com a saúde integral do menino.

(Enf. Ideal de serviço)

Para Thompson (1995, p. 296), a informação na atualidade é vista pela sua potência comunicativa através da linguagem, num processo comunicativo com atos de comunicação dependente da transmissão intencional, o que quer dizer num conjunto de regras de acordo com as quais o comportamento será interpretado e controlado; a comunicação das instituições e a cidadania não organizadas devem valer-se de estratégias que articulem a sua interação com a sociedade, e define:

... "Mas novos meios técnicos tornam possíveis novas formas de interação social, modificam ou subvertem velhas formas de interação, criam novos focos e novas situações para a ação e interação e, com isso, servem para reestruturar relações sociais existentes e as instituições e organizações das quais elas fazem parte"

Na atualidade composta por campos de conhecimento autônomos e diversificados, a comunicação é imperativo ético e urgência política que relaciona pessoas, instituições e estados; as instituições têm necessidade de dar conta do seu processo de legitimação porque é preciso levar em consideração, na minha opinião, o meio ambiente da informação, o contexto em que se desenvolve e a dimensão e implicações, das comunicações. No caso das enfermeiras do Hospital, a comunicação que elas têm que transmitir aos escolares e às outras instâncias reforça sua autonomia numa realidade que é relativa, e que abrange o conjunto de acontecimentos que ocorrem no mundo do escolar e forma o contexto familiar, político, social econômico, cultural,

geográfico, entre outros. Considerando que estes acontecimentos são mais informativos quanto menos previsíveis e inesperados, acredito nas constantes mudanças no processo de implementação, neste caso, do SIS/SEG.

O que é mais relevante a ser levado em consideração é que sendo o processo de informação reversível, e transmitido neste caso através das mensagens do saber das enfermeiras, elas têm um amplo conhecimento da realidade das necessidades dos escolares, elas têm a obrigação profissional de garantir que esta informação tenha a capacidade de transmitir o que realmente é necessário, no mesmo momento e lugar onde estas ocorrem, ao mesmo tempo precisam do atendimento imediato destas necessidades na busca do cuidado integral.

Isto só pode ser possível na medida que se conjugue a participação decidida de cada um dos membros da equipe de saúde quanto à busca de estratégias de comunicação que permitam oferecer atendimento de qualidade em saúde; além dos discursos, as mensagens, os símbolos difundidos através dos meios de comunicação ou os comentários sem fundamento lógico dos integrantes que participam do programa e que derivam da cultura peruana neste caso, e especificamente da comunidade de Trujillo, diante da criação dum programa como é o SIS/SEG, que gera impacto pela ideologia de gratuidade que antepõe à interpretação de seus significados.

Pode-se constatar que o tipo da mensagem transmitida pelas enfermeiras compreende as

responsabilidades que cada uma delas tem quanto à obrigação de garantir o atendimento, mas, na realidade, é necessário fazer uma análise desta situação. Em primeiro lugar, as mensagens das diretrizes do SIS/SEG não são claras para todos os níveis de sua participação; quer dizer, que cada um tem uma interpretação de acordo o espaço e o tempo da emissão da informação, e que esta ao ser permanentemente (re) formulada permite dar-lhe diferente interpretação; outro aspecto é o significado que cada um dos participantes tem sobre a informação, que também depende do nível de educação, cultura, consciência social de cada um entre outros. Em segundo lugar, o nível de envolvimento de cada um deles tem a ver com o grau de compromisso social com o escolar, neste caso, numa comunicação que ocorre entre indivíduos que pertencem ao mesmo mundo cultural.

O processo de comunicação sendo reversível, cada um dos intervenientes é, ao mesmo tempo, destinador e destinatário de uma mensagem; assim, a comunicação é um processo de trocas simbólicas generalizadas, que alimenta a sociabilidade e gera os laços sociais. Porém, não se pode deixar de considerar que os meios de comunicação, na sua modalidade reticular de organização, são dispositivos que contribuem para o alargamento de nossa experiência além das fronteiras territoriais, geram novas expectativas e criam novos hábitos, provocando um desrespeito do quadro tradicional da vida individual e coletiva.

Torna-se necessário, então, saber as razões invocadas para legitimar os discursos, as ações e omissões no seio de uma comunidade, que podem ser reconhecidas não só pelos seus interlocutores, mas também pelos que observam estas ações. A informação atravessa fronteiras e constitui uma espécie de denominador comum de todas as nações.

Com o advento dos meios de comunicação de massa, a publicação dos acontecimentos e sua conseqüente visibilidade tornaram-se fora de contexto e acessíveis a cada cidadão na sua intimidade, mudando as fronteiras entre o público e o privado.

A comunicação feita pelas enfermeiras com os diferentes níveis do SIS/SEG pode ser constatada no processo de atendimentos aos escolares; caracterizando-se por ser sempre uma luta permanente por conseguir objetivos em favor do cuidado. As enfermeiras mostram-se dispostas sempre a ajudar as outras instâncias na procura de garantir o atendimento com qualidade, conforme a observação seguinte:

... Chega a enfermeira do serviço de maternidade, trazendo o alta, a constância de inscrição de uma escolar que deu a luz e que foi dada de alta ontem e ainda se encontra em o serviço, ela refere que a escolar no saio ontem porque a folha de consumo medicamentos ainda não saio do serviço de farmácia ...

Obs. nº 4

Na prática assistencial, as enfermeiras do Hospital, nos relacionamentos com os escolares e as demais dependências, mostram atitudes claras e específicas e

se expressam com empatia e respeito ao doente e outros membros da equipe de saúde; mostram-se com autenticidade, sabem escutar, têm expressões gesticulares de amabilidade, e o que é mais relevante no seu trato com os demais é a relação de ajuda permanente com o sujeito do atendimento, neste caso o escolar. Nota-se a capacidade por parte da enfermeira de captar a necessidade do escolar, e imediatamente ela se coloca a seu serviço na possibilidade de ajudá-lo a fazer frente a suas carências e limitações. Desse modo, penso que não só é de ajuda material para o escolar, considero que é também a oportunidade da enfermeira de ajudá-lo a encontrar-se como indivíduo em pleno desenvolvimento e em situações de crise.

Cibanal e Arce C. (1991, p. 113 – 129) enfocam que no processo de comunicação, o emissor, neste caso, a enfermeira tem que ser clara, concreta e específica no conteúdo que quer expressar, num processo mental que este traduzo em signos capazes de serem reconhecidos pelo receptor; através dos canais acústicos e verbais evitando os ruídos limitantes e garantindo da a compreensão fazendo uso de atitudes como: empatia, respeito e aceitação incondicional do doente, autenticidade, saber escutar, saber responder; entre outros ... é muito importante a comunicação não verbal, ... é mais rica e inclui um veículo de mensagens mais importantes e sutis, como um olhar sincero, seguro, uma expressão fácil e gesticular, a relação interpessoal, o tacto, a aparência física, entre outros. Tudo isto para melhorar a

comunicação com o interlocutor, num relacionamento de ajuda concreto, eficaz que atinge o desenvolvimento pessoal e ajuda.

Geertz (1989, p. 103), referindo-se à comunicação no conceito de cultura, diz:

... ele denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.

Isto na realidade do quotidiano do Hospital Belén, acontece, pois através do conhecimento das diferentes instâncias, que tem implicação no atendimento pelo SIS/SEG; elas transmitem sua própria cultura de enfermagem através de seus atos, acrescentado à cultura organizacional da instituição; o que faz com que os outros membros da equipe de saúde as caracterizem como os elementos que solucionam os específicos dos escolares. Isto também ocorre constantemente com as enfermeiras novas que ingressam nos serviços porque ao olharem o que fazem as enfermeiras mais antigas no exercício profissional, vão fazendo o mesmo com outras características inovadoras.

Quanto à comunicação, as enfermeiras são contrárias às mensagens que a comunidade recebe por parte da mídia, criando conflitos nos processos de atendimento e também interpessoais; como pode-se ilustrar no depoimento seguinte.

... dependendo da cultura das pessoas, se a enfermeira explica a eles que não há isto, não há a outra coisa e eles já dizem senhorita, eu comprei isto, aquele problema diminuiu, de qualquer maneira é necessário fazer entender as pessoas que não são como a mídia diz ... quando a gente já não pode, nós vamos para o escritório do diretor ou outro instancia institucional ... diante uma necessidade em qualquer serviço nós geralmente difundimos a necessidade entre colegas enfermeiras

(Enf. Filosofia)

Fazendo uma análise, com o conceito de ideologia de Thompson (1995) o que acontece no cotidiano dos escolares no SIS/SEG, nesta comunicação das enfermeiras na procura de ajuda para um bom atendimento de saúde se caracteriza por estratégias de informação, que se tornam confusas diante um cenário onde o uso de formas simbólicas se manifesta nos veículos de comunicação dirigida, em especial periódicos, televisão, entre outros. O autor (op.cit p. 317) ressalta que:

... o desenvolvimento da comunicação de massa, e, especialmente, da televisão, é caracterizado por aquilo que podemos descrever como a recepção privatizada dos acontecimentos mediados. Acontecimentos que tem lugar em domínios públicos e em privados podem ser vivenciados, em situações domésticas privadas que estão distantes no espaço e, talvez no tempo, a partir dos contextos em que estes acontecimentos tiveram lugar originalmente. Em virtude dos meios técnicos da comunicação de massa, o domínio privado das sociedades modernas - em particular, o local doméstico privado das sociedades modernas - em particular, o local doméstico privado - tornou-se o local principal da publicidade mediada.

Apropriando-me da teoria crítica dos meios de comunicação de massa; num balanço com a prática da enfermeira; posso inferir que um dos instrumentos

que a enfermeira tem a respeito da abordagem do usuário, neste caso do escolar, é a capacidade de que, no mesmo momento que conhecer o usuário, mostra uma familiaridade que abre portas para a intimidade até do seu lar, assumindo compromisso no tocante a promover e prevenir a saúde. Esta estratégia profissional de garantir uma ajuda no mesmo lugar onde ocorrem os fatos favorece uma análise do que acontece com os meios de comunicação de massa. Posso dizer que o profissionalismo ao ingressar na intimidade dos lares não promove a saúde, mas favorece a alienação num bombardeio sem volta, e troca de idéias; sem estabelecer uma comunicação, pois só se conta com o emissor; que destaca Thompson (1995, p. 88) numa estratégia de reificação:

Relações de dominação podem ser estabelecidas e sustentadas pela retratação de uma situação transitória, histórica, como se essa situação fosse permanente, natural, atemporal ... envolve, pois, a eliminação, ou ofuscação, do caráter sócio - histórico dos fenômenos – ou, e que Thompson tomando uma frase sugestiva de Claude Lefort, ela envolve o restabelecimento da “dimensão da sociedade “sem história”, no próprio coração da sociedade histórica”.

Refletindo, numa sociedade histórica, já é aquela situação transitória da contradição dos mesmos meios de comunicação, o processo de construção da idéia de informação com artefato cultural é uma forma de criação e instituição dos significados ou ainda como modo de produção, controle e distribuição social dos bens simbólicos.

A informação pelo foco da cultura, em suas questões de comunicação/ informação, de acordo com Geertz (1989: 63):

“...O que se faz necessário é ampliar a possibilidade de um diálogo inteligente entre pessoas que diferem consideravelmente entre si em interesses, perspectivas e poder, e no entanto estão limitadas em um mundo onde, envolvidas em interminável conexão, fica cada vez mais difícil sair uma do caminho da outra”

Torna-se necessário a conscientização das pessoas que trabalham no SIS/SEG em torno de uma unidade de ação, incorporando uma atitude mental que não se pode impor por decreto, pois dependerá da formação, da definição de funções, do interesse e da satisfação no trabalho e da comunicação entre os diferentes níveis. Por se tratar de uma análise da informação pelo foco da cultura, convém destacar o quanto o objeto antropológico hoje se desloca das sociedades primitivas, endógenas ou exóticas para o estudo de uma “cultura mundo” e suas questões de comunicação / informação.

Para ilustrar a informação / comunicação das enfermeiras com as próprias colegas, apresento um fragmento da seguinte observação.

... ingressamos ao serviço de medicina de mulheres e saudamos a X. (enfermeira), que imediatamente perguntou, olha Y. (enfermeira), eu não compreendo como é o novo programa SIS/SEG o outro dia não pode assistir à reunião de capacitação para fazer o cheio dos registros, sabes; Z. (enfermeira), num gesto de fastio diz: são as novas disposições, não é uma coisa que é para minha satisfação, tudo é por o escolar, e vocês têm que colaborar, não X.?, ela confirmou o trabalho que nos temos no escritório do SIS/SEG, ali falta pessoal, e temos que fazer muitas

cosas, uma delas é avaliar o trabalho de cada uma das informações escritas por turnos, da hospitalização, não é fácil não, mais todos temos que comprometer-nos. X. (enfermeira), diz, bom, bom explica-me, por favor, como são os novos planos de classificação de pacientes, que eu preciso conhecer, Y. (enfermeira), lhe explica ...

Obs. nº 1

Uma das razões para entender a comunicação da enfermeira com os diferentes níveis do SIS/SEG utiliza o conceito de cultura que diz respeito ao fato de que ela é uma categoria chave para o empreendimento educativo de uma maneira geral. A relação entre educação e cultura é orgânica. Como propõe Forquin (1993 p.13 - 14), "o que justifica fundamentalmente o empreendimento educativo é a responsabilidade de ter que transmitir e perpetuar a experiência humana considerada como cultura" ... "A cultura é o conteúdo substancial da educação, sua fonte e sua justificação última".

Por seu lado a comunicação de massa difere totalmente de outras formas de comunicação que se processam no cotidiano social porque inaugura uma "ruptura fundamental" entre produtor e receptor. Thompson (1995, p. 287 – 293) adverte que, por esse motivo, seria mais apropriado falar em "transmissão" ou "difusão" de mensagens, em vez de "comunicação" como tal.

Fazendo uma análise com as quatro características visíveis da comunicação em massa identifica-se a primeira, - permite concebê-la como "produção

institucionalizada e difusão generalizada de bens simbólicos" através da transmissão e do armazenamento da informação / comunicação. Nestas atividades estão presentes instituições interessadas, neste caso o Ministério da Saúde na produção em larga escala e na difusão generalizada de bens simbólicos, como no caso do SIS/SEG. Nos cartazes, pode-se constatar que apareceram meninos portando figuras dos recursos que oferecem: medicamentos, atendimento odontológico; seringas entre outros (anexo Nº 9). Isto tem a intenção explícita de atingir um maior número possível de receptores, com o uso do rádio nos programas populares de maior difusão, através de dois mecanismos para a realização dessa meta: a fixação e a reprodução, em escala, de formas simbólicas. A fixação conduz, mediante um processo de codificação, à formação e armazenagem de repertório simbólico ao passo que a reprodução permite que se originem múltiplas cópias acessíveis a numerosos receptores.

Nesse caso são localizados na entrada de todas as instituições de saúde do Ministério de Saúde (MINSA); reprodução não é aleatória, mas realizada sob o controle estrito das instituições da comunicação em massa. Estas práticas garantem a inserção das formas simbólicas em espaços mercadológicos, com as famílias dos escolares, os professores, o pessoal da equipe de saúde e inclusive os donos de farmácias, que começaram a controlar a situação; entendido

como última etapa para a concretização deste processo.

A segunda característica da comunicação de massa refere-se ao fato dela instituir uma "ruptura fundamental entre produção e a recepção dos bens simbólicos"; no meu entender, entre o produtor e o receptor dos bens simbólicos há uma mediação feita através dos meios técnicos, uma vez que os agentes, os produtores por um lado e a população numa expectativa crescente, no outro lado; os que se encontram fisicamente afastados, neste contexto operam-se mensagens de "mão única", que partindo de um produtor atinge um receptor que neste caso é a população peruana ; inclusive respondendo antecipadamente às limitações com frases como: "não realize pagamentos por consultas ou medicinas ... contrariamente denuncie". Situações que permanecem como fórmulas já testadas e, portanto, dotadas de previsibilidade.

A terceira característica refere-se "à extensão da acessibilidade no tempo e no espaço", existe um grau de distanciamento espaço-temporal, não só nesta modalidade de comunicação, mas em todas as formas de transmissão cultural, acentuando-se em virtude da presença dos recursos da telecomunicação, das condições de recepção e consumo das formas simbólicas, das práticas sociais e das condições técnicas, nas quais se opera a recepção que na realidade desta região, mesmo que as famílias não

disponham de um televisor em casa, elas podem procurar na loja perto da sua casa ou da vizinha.

A quarta característica da comunicação de massa aponta para o fato de que ela implica na circulação pública das fórmulas simbólicas, numa amplitude de alcance dos bens simbólicos, gerados pelo Ministério de Saúde e das instituições da comunicação em massa, tornando-se evidente o caráter intrinsecamente público o SIS/SEG como produto da mídia.

Pimentel (2003, p. 246), referindo-se à informação declara:

O uso da informação vai além da disseminação de conteúdos gerais; o desafio supõe modificar as práticas sociais para melhorar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde, assim como garantir sua qualidade e equidade muito ampla, os caminhos para alcançar a argumentação, não são claros nem uniformes, as alianças a construir significam contar com muitos atores com distintas disciplinas e culturas e com desconfianças e resistências difíceis de vencer.

Esta declaração que faz Pimentel (op.cit) é muito valiosa, mais para modificar as práticas sociais, não só pode-se alcançar com uma informação de qualidade, nos termos de otimização mais amplos. Acrescento que é preciso a população receber a comunicação / informação necessária nos termos de coerência de parte dos meios de informação, da equipe de saúde, da prática assistencial, que responda as informações e expectativas da população e a realidade cultural do contexto onde se desenvolvem estes acontecimentos.

5. Controle Social e Norma (In) Constitucional do SIS/SEG frente à Prática das Enfermeiras e a População.

Este tópico descreve as implicações ideológicas do SIS/SEG quanto às atitudes dos cidadãos envolvidos nos acontecimentos que ocorrem na vida social, política, econômica e espiritual, no cotidiano dos povos; e entre eles as enfermeiras como atores sociais, que fazem atendimento no SIS/SEG relacionado aos escolares, sua família e a comunidade, cujos elementos identificados têm relação com: direitos sociais e normas institucionais; população frente à falta de equidade e expectativas da população.

Quanto aos direitos sociais relacionados aos escolares no SIS/SEG estabelecidos na Constituição Política do Perú, diante das normas institucionais vindas do Estado, este tema descreve como as enfermeiras, diante das necessidades não satisfeitas do escolar, violam as normas institucionais, omitindo requisitos como a falta de documentação e uso de estratégias para assegurar a oportunidade de atenção.

O referido ao cumprimento das normas do SIS/SEG, três relatam que, diante dos direitos criados pela necessidade social, a norma fica só no documento, pois na prática a realidade é diferente; o cuidado do usuário é o mais importante para elas; e reconhecem sair das normas permanentemente, assumindo responsabilidades no atendimento, mesmo que o escolar não tenha cobertura pelo SIS/SEG. Elas têm

disponibilidade para ajudar, mesmo que os escolares não tenham os documentos referentes ao SIS/SEG. É mais importante para a enfermeira atender as necessidades, em detrimento das condições estabelecidas pelo governo, e para isto apresento os depoimentos seguintes:

... existem normas, mais as vezes tenho que sair delas para satisfazer ao usuário, isso me causa bastante satisfação ... realizo ações administrativas do assegurado do SIS/SEG, garantindo cumprir com todos os requisitos que, na maioria das vezes, o familiar não cumpre, mais diante a necessidade de atendimento, muitas vezes, tenho que omitir os requisitos em baixo minha responsabilidade ... no caso do assegurado e seu família que vem de longe quando são transferidos de outras províncias, que não trazem a documentação completa; eu optei por ligar por telefone ao ARSE e confirmar seu registro, e trato de assegurar a oportunidade da atenção.

(Enf. Autonomia)

... as vezes deu-se muitos casos que a atenção não correspondeu pelo SIS/SEG por não ser um estudante registrado, então o enfermeira assumiu a responsabilidade e a posição dela é garantir o direito ao atendimento por emergência, isto nos gera conflitos e satisfações porque, ao ter confirmado que a criança melhorou depois de tanto esforço nossa satisfação pessoal e profissional permite seguir nesta luta por a defesa da vida, por nossa missão ... na emergência tivemos uma disposição de ajudar até mesmo se eles não trouxessem nenhum documento, o que facilitou muito nosso trabalho e nosso níveis de satisfação profissional.

(Enf. Ética)

... foi muito, mais importante cobrir a necessidade da população, mesmo que a intenção do governo não deu condições, seu caráter é populista, eleitoral.

(Enf. História)

Quanto à transgressão das normas para atender a necessidade do escolar, nas definições ideológicas de Thompson (1995, p. 117), o autor enfoca que “a teoria geral da reprodução social organizada pelo Estado e legitimada pela ideologia” tem forte influência nas maneiras como problemas da política e da ideologia são concebidos, a tal ponto que vale a pena formulá-los explicitamente, reconstruindo a argumentação teórica geral de que eles constituem, quando tomados em conjunto, uma validação de suas forças e limitações.

Segundo Thompson (op.cit), pode ser vista como uma resposta a alguns dos mecanismos que garantem a reprodução das relações sociais existentes, e considera:

... a reprodução das relações sociais exige não apenas a reprodução das condições materiais da vida social (alimentação, habitação, máquinas, etc.), mas também a reprodução dos valores e crenças socialmente partilhados; alguns dos valores e crenças socialmente partilhados, constituem os elementos da ideologia dominante que por estar difundida na sociedade, garante a adesão das pessoas à ordem social; e a reprodução e difusão da ideologia dominante é uma das tarefas do estado, ou das agências particulares e dos oficiais do Estado. Ao desempenhar essa tarefa, o estado age de acordo com os interesses de longo prazo da classe ou das classes, que mais se beneficiam das relações sociais existentes – isto é, ele age de acordo com os interesses de longo prazo da classe ou as classes dominantes.

Analisando a atitude das enfermeiras que se encontram atuando numa instituição do Estado, como o Hospital, onde elas são avaliadas por mecanismos de

controle de cumprimento das normas vindas das políticas institucionais, posso inferir que para elas tem muito mais importância o cumprimento de seus princípios de vida quando se trata do cuidado dos escolares, neste caso. Elas correm o risco de serem admoestadas quanto às normas setoriais que reforçam as desigualdades e as iniquidades, além das implicações quanto a sanções a que elas podem ser submetidas diante a falta de cumprimento. Poderia tratar-se de profissionais que querem transformar a vida da sociedade, baseada na segurança que elas têm quanto aos direitos humanos.

A situação do cenário de estudo pode ser constatada num trecho da seguinte observação:

... Olha só, nos esta chegando usuários de extrema pobreza e só estão recebendo apoio parcial, isto implica uma situação de impotência em nossas decisões, mais faz questão de um mês que deram poder as trabalhadoras sociais para fazer as inscrições em Emergência, isto como é de nosso conhecimento; saindo da norma, pois ela diz que tem que ser inscrito no centro de saúde da jurisdição onde pertence o usuário ... saímos da norma por uma atitude de humanidade e equidade social, por que lhes corresponde aos mas necessitados, e ao olhar que outro pessoal que pode pagar, e como trazem sua inscrição do centro de saúde, isto geralmente nas gestantes; e nos da muita raiva quando a gente que pode pagar recebe atendimento sem problemas.

Obs. nº 2

A reprodução das relações enfermeiras, escolares, família e comunidade exigem para elas garantir no seio do hospital, neste caso, não só as condições

materiais para oferecê-las, mas compartilhar os seus valores e crenças com eles e a ideologia de trabalho da enfermeira que tem perfis de equidade, de objetivos comuns com a maioria que tem mais carências e riscos. Ao invés do citado por Thompson (1995), no Perú, diante das grandes massas de pobreza, os elementos dominantes começaram a ter características como de: carência, limitações humanas básicas, insatisfação permanente, discriminação entre outros, que exigem de atitudes transformadoras e ousadas; numa “ação contra a corrente”, mais coerente quanto aos direitos humanos.

Nesse caso, a reprodução das vivências de carências e insatisfações não precisam ser difundidas para serem sentidas pela maioria, gerando uma ideologia de contestação como uma tarefa do povo que domina o país; numa atitude paralela com o Governo; ao mesmo tempo que este transmite valores e crenças de poder socialmente partilhados como elementos da ideologia dominante; o povo começa a partilhar suas necessidades permeadas de crenças e valores próprios.

Ao desempenhar esta tarefa, o povo age contestando os direitos violados, os seus interesses são de curto prazo. Estes interesses não esperam, neste caso, já não existem classes, mas o povo dominado pela pobreza; se rompem as estruturas tradicionais; deixando desenvolver movimentos de massas na busca da equidade e vão alongando-se o conceito de benefício das relações sociais existentes; tornando-se contrariamente estas relações sociais mais fortes; pois

têm o denominador comum chamado pobreza; motivo relevante que a enfermeira tem para confrontar as normas e atuar conforme seus princípios, a realidade crenças e valores que também são próprios.

Dessa forma, a enfermeira já não está permitindo ser manipulada pela estratégia de dissimulação na modalidade de sinédoque aplicada nas normas institucionais, usadas para dissimular relações de dominação, que segundo Thompson (1995, p. 84) define:

... A sinédoque, envolve a junção semântica da parte e do todo: alguém usa um termo que esta no lugar de uma parte, a fim de referir-se ao todo, ou usa um termo que se refere ao todo a fim de referir a uma parte. Essa técnica pode dissimular relações sociais, através da confusão ou da inversão das relações entre coletividades e suas partes, entre grupos particulares e formações sociais e políticas mais amplas – de modo tal que, por exemplo, termos genéricos como “os ingleses”, “os americanos” ... passam a ser usado para se referir a governos particulares ou a grupos dentro de um estado nação.

Nesse caso, o termo genérico do SI/SEG é: “os escolares”; constatando que é só um grupo, não todos; inclusive este grupo “pensado” pelas coberturas, ainda é menor.

O risco desta situação está centrado na que a abordagem das relações sociais na pobreza, que só podem ser abordadas nos termos de carências materiais, numa cultura que já sente a difusão de fenômenos alienantes; mas que também sofre uma pobreza nos termos integrais de carências não satisfeitas.

Manfred (1994, p. 40) quanto à necessidades enfoca que:

... combinam critérios possíveis de desagregação, segundo as categorias existenciais e axiológicas. Esta combinação permite operar com uma classificação que inclui, por uma parte, as necessidades de Ser, Ter, Fazer e Ficar; e, pela outra, as necessidades de Subsistência, Proteção, Afeto, Entendimento, Participação, Lazer, Criação, Identidade e Liberdade. As duas categorias de necessidades podem combinar-se com a ajuda duma matriz. Este risco nas suas relações poderia levar a população a um desordenamento nos seus processos de vida e o descontrolo social.

Analisando as estratégias de legitimidade não citadas pelas enfermeiras; Geertz (1989, p. 212), no conceito de cultura, define:

... o problema clássico da legitimidade – de que forma alguns homens alcançam o direito de governar a outros- é particularmente agudo num país no qual uma longa dominação colonial criou um sistema político nacional em seu objetivo, mas não em seu caráter (referendo-se á revolução de Indonésia) ... para um estado possa fazer algo mais do que administrar privilégios e defender-se contra sua propria população, seus atos precisam ter continuidade com os elementos cujo Estado ele se propõe ser. Seus cidadãos - esses atos precisam ser, num sentido mais intenso, ampliado, os seus atos ... Um homem não tem que concordar com os atos de seu governo para se ver incorporado a ele, da mesma forma que não precisa aprovar seus próprios atos para reconhecer o que o Estado "faz" como resultado natural de um "nós" familiar e inteligível.

Esta definição reforça as atitudes das enfermeiras quanto ao não cumprimento das normas, quando os direitos humanos que estão em jogo; elas não tem que concordar com o governo. Considerando o que Geertz

(op.cit) cita quando fala da Indonésia, que acredito ser parecida com a realidade histórica peruana, contrariamente as atitudes do povo peruano está levando a criar quadros de liderança, num ato de coerência política desde o âmbito da Enfermagem; onde elas põem um significado em seu trabalho que tem características peculiares, por ser de serviço público; que no subconsciente coletivo, têm um significado de serviço para a maioria, para os mais carentes, para os que dispõem dos menores recursos. Então, a enfermeira na sua ideologia de defesa da vida, procura aproveitar o máximo destes recursos para alcançar um atendimento perto aos níveis de qualidade.

Mesmo assim respeito à forma humana de contestar certas ações externas as quais têm mais valor os critérios quanto direitos humanos. Geertz (1997, p. 95) ressalta que:

Nos estamos preocupados em resolver problemas, mas em esclarecer sentimentos. Entretanto a existência de recursos culturais, de um sistema adequado de símbolos públicos, é tão essencial para essa espécie de processo como o é para o raciocínio orientador.

Ao respeito, Torquato (1996, p. 6-9) referindo-se ao serviço público define:

é toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material fluxível diretamente pelos administrados, prestado pelo Estado ou por quem lhe faça às vezes, sob um regime de direito público - portanto consagrado e de supremacia e restrições especiais – instituídos pelo Estado em favor dos interesses que houver definido como próprios do sistema normativo.

A definição de Torquato (op.cit) pode referir-se no caso dum Estado que tenha a capacidade de garantir nas suas normas a satisfação das mínimas necessidades do indivíduo, quanto aos serviços sociais, mas na realidade objetiva da prática assistencial este conceito não corresponderia totalmente.

Pelo outro lado, das sete depoentes, três relatam que reconhecem a legitimidade do SIS/SEG e que sua criação foi um grande sucesso; mesmo que a ideologia da sua criação pelo governo foi com fins eleitorais:

O SEG para o trabalho de Enfermagem em quanto a oferecer um atendimento oportuno nos facilita muito, por que como eu repito, sabemos que com o pouco que existe, vamos a dar uma atenção rápida ao escolar ... pedem-se recursos e dispões de eles de acordo a o que têm em, isso ajuda bastante, como enfermeira me sinto muito satisfeita ao dar um atendimento rápido e salvar a vida do escolar neste caso, por que eu sei que conto com os recursos ... mesmo assim o governo implantou este sistema como uma forma de dominação, para que a comunidade fique sempre agradecida, por receber favor de algo, e eles cada dia estão tendo mais filhos, cada família têm 6 u 8 filhos e sua atitude é de submissão.

(Enf. Socialização)

... eu penso que no governo de Fujimori crio o SIS/SEG com fins eleitorais e de ganhar votos, e hoje no governo de Toledo, foi tomado em conta como uns dos programas prioritários, quer dizer que eles avaliaram este programa e concluíram que tem bons resultados sociais e é o mais aceito na população, e a meu modo de ver foi um grande sucesso, porque antigamente nunca tivemos este serviço, e hoje as famílias gozam deste direito.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... É mais forte a necessidade da população que foi legitimando-se pouco a pouco ate fazer-se hoje irreversível... O governo de

Toledo não foi capaz de eliminar o SIS/SEG por que se tratou de uma necessidade vital no Peru, embora também a população exige isto por justiça social, mesmo assim esta segurança é tão importante para a comunidade, que o SIS/SEG é agora o programa mais legítimo.

(Enf. Ideal de Serviço)

Os depoimentos das enfermeiras quanto à legitimidade do programa SIS/SEG, que consideram como irreversível, tem relação com o desespero quanto aos recursos relacionados aos estabelecimentos de saúde do Estado como, neste caso, o Hospital. Na minha opinião, a possibilidade de atendimento que oferece o SIS/SEG significa um alívio para as enfermeiras, num contexto onde a consulta abrange o custo dos medicamentos e exames auxiliares, tendo em vista que o SIS/SEG libera em parte esta responsabilidade ao grupo em risco, que são os escolares, nas coberturas estabelecidas nas normas; então não é uma situação de contradição neste caso, em que umas façam concordando com a criação deste programa e outras não; mas bem considero que é outra forma de abordagem da necessidade do escolar; elas olham como um instrumento ter a opção de que algum grupo da população tenha esta vantagem; e desejam a possibilidade para todos.

Então a legitimidade no pensamento das depoentes atinge a mesma necessidade e a opção de solução; concordando neste ponto, com três depoentes, que saem das normas para melhorar a qualidade de atendimento.

O estudo da ideologia, segundo Thompson (1995), se apoia em cada uma das fases ou procedimentos característicos da análise cultural, utilizando estes procedimentos duma maneira particular, com o propósito de fazer ressaltar as inter-relações do significado e o poder. Com base na análise social e histórica, o interesse na ideologia dirige nossa atenção às relações de dominação que caracterizam o contexto em que se produzem e recebem as construções simbólicas. Nesse sentido, é particularmente importante o estudo daqueles aspectos das instituições sociais que conferem poder a grupos ou agentes particulares em modos sistematicamente assimétricos.

As instituições sociais específicas podem estudar-se como constelações de relações sociais e recursos materiais; nesse caso, o Hospital, por exemplo, pode estudar-se em termos das relações entre chefes, supervisores, pessoal administrativo, trabalhadores especializados e semi-especializados, e em termos de ações financeiras, assistencial, pessoal de serviço, técnicos das equipes e usuários, entre outros. Estas relações entre os indivíduos se estruturam de modo tal que implicam assimetrias sistemáticas de poder e de acesso aos recursos, assimetrias que geralmente caracterizam uma instituição e impõem limites aos ranks de variação institucional.

As relações de poder são sistematicamente assimétricas quando no quotidiano do trabalho certos membros ou grupos particulares detectam o poder de tal maneira que exclui, neste caso aos escolares, que

são os usuários e em certa medida se mantêm como praticamente inacessíveis com respeito a outros. Entre as assimetrias que são mais importantes e duradouras na sociedade peruana estão aqueles baseadas na divisão de classes sociais, econômicas, gênero, raça e Estado - Nação. Estes são alguns dos elementos que estruturam as instituições estatais, como o Hospital.

Por outro lado, o médico reconhece as mudanças dos tempos modernos como algo legítimo que a equipe de saúde vai aceitando gradativamente.

... os profissionais da saúde foram tendo consciência que a tendência nos tempos modernos para ter segurança, já é universal, de maneira que o impacto nos profissionais médico e pessoal não médico esta sendo aceite quanto a esta segurança, com a convicção, que gradualmente terão acesso nesta segurança as crianças de médicos, enfermeiras ...

(Médico: Inovação Profissional)

O discurso do médico denota uma atitude de convencimento e apoio ao SIS/SEG em saúde e faz notar sua satisfação quanto a aceitação por parte do pessoal do Hospital, tocante à mensagem de esperança que também o pessoal vai a ter cobertura de atendimento. Pode-se constatar que sua preocupação está orientada para que a equipe de saúde aceite o SIS/SEG como uma opção, que posteriormente vai ser para o benefício deles. De alguma maneira, com esta atitude, ele está pensando na ampliação da cobertura, num pensamento implícito de considerar que os mesmos trabalhadores de saúde têm as mesmas carências que os usuários

externos. Por outro lado, sem ter as condições para oferecer este acesso aos trabalhadores de saúde, estaria usando uma estratégia de legitimação, quanto à cobertura de atendimento; que, na análise de ideologia de Thompson (1995, p. 83), teria a modalidade de universalização:

... acordos institucionais que servem aos interesses de alguns indivíduos; são apresentados como servindo aos interesses de todos, e esses acordos são vistos como estando abertos, em principio a qualquer um que tenha a habilidade e a tendência de ser neles bem-sucedido.

A enfermeira Filosofia considera que a forma de criação dos programas sem mudanças é uma distração para o trabalho das enfermeiras:

... há tantos programas que está dando-se dentro do hospital ao que temos também que dar importância, mais eles nos distraem ... eu sempre falo com meus colegas respeito às políticas de saúde que dizem que temos que fazer isto ou o fazer a outra coisa, na realidade que eu não entendo, pois, a equipe de saúde acha que é questão de obter o documento que acredite isto, ... todo segue igual, não se dá mudança nenhuma.

(Enf. Filosofia)

A forma de olhar as políticas de saúde da enfermeira mostram o sentido crítico da abordagem profissional; para ela, as mudanças esperadas não se dão; mas ela é consciente das disposições em nível central, e motivam um inconsciente coletivo de ter um documento para dizer: “nós alcançamos o grau III”, no caso do Hospital, no contexto da credibilidade de estabelecimentos de saúde que atendem a projetos financiados por agências internacionais como a

Agência Internacional de Desenvolvimento (AID); numa estratégia ideológica que Thompson (1995, p.86) chama de unificação na modalidade de simbolização da unidade:

... envolve a construção de símbolos de unidade, de identidade e de identificação coletivas, que são difundidas através de um grupo, ou de uma pluralidade de grupos. Aqui novamente a construção de símbolos de unidade nacional tais como bandeiras, hinos nacionais, emblemas e inscrições de vários tipos são exemplos evidentes.

Nesse caso, a inscrição seria “alcançar o grau III”, sem garantir as exigências básicas dum hospital desta qualificação, dentro dos parâmetros da credibilidade de estabelecimentos de saúde; como uma dentre as muitas exigências: ter as especialidades médicas no hospital. Na realidade, no Hospital, ainda as consultas de maior procura são de doenças infeto – contagiosas, cujas ações profissionais estão mais orientadas para as ações preventivas, mesmo assim o Hospital foi avaliado neste grau.

Quanto à população frente à falta de equidade no processo de atendimento aos escolares do SIS/SEG, recebido da equipe de saúde, destaco as implicações ideológicas e culturais como resposta da cidadania, incluída a enfermeira quando nas exclusões do programa.

Das sete depoentes, três narram situações em que se pode evidenciar como a população com todas as suas carências, diante de uma necessidade, com criatividade, busca os seus direitos, por considerar

justos; e, em outros momentos, considera a possibilidade de conseguir dinheiro, tomam atitudes impróprias. As enfermeiras reconhecem a necessidade de maior controle numa prática com equidade.

... eu vou a contar para você uma situação recente; nos têm tido uma criança com um provável Aneurisma, ele esteve estudando numa escola particular, a família é pobre, e quando já não têm tido condições econômicas, à criança matricularam-lhe depois que esteve doente ... outros casos apresentam documentos de certificação falsos, que no centro educativo deram de graça ... no outro caso fizeram uma denuncia ao hospital para devolução de gastos, o juízo foi ganho por eles; depois de 2 meses tomaram conta que a criança não foi assegurada.

(Enf. Socialização)

... às vezes a família do assegurado aproveita só para dispor de medicamentos que serve para venda e ganhar algum dinheiro ... em outros casos nós às vezes deixamos medicamento do dia do paciente num movei perto da sua cama, a nosso retorno do horário de administração, não encontramos, contando que um parente sempre fica com eles, ele não responde sobre isto, temos alguns casos que o mesmo parente as vendeu por o impacto da filosofia de graça ... a enfermeira olha muitas coisas, como isto que foi escutado: a venda de medicamentos do SIS/SEG por terceiros no caso dos parentes ou mesmo pessoal e a deficiência de medicamentos nas farmácias.

(Enf. Filosofia)

... isto motivou um abuso por parte da comunidade, porque, por exemplo, crianças que não estudaram, eles não tiveram documento que o acredite como estudante, eles chegaram a emergência, então eles apresentaram qualquer caderno as vezes que não correspondia ao à criança e com isso tínhamos que executar o atendimento ... a lei de emergências, norma que o atendimento não deve ser negado a ninguém, mas ao realizar a hospitalização, o atendimento continuou e depois a gente descobriu que se tratou de uma criança que não foi escolar.

Os processos de obter satisfação das principais necessidades humanas, no atendimento em saúde no Hospital, só poderão ser possível num atendimento humanizado, no qual exista a participação e a solidariedade, muito mais do que a prática da autoridade. Estas duas tarefas cabem ao Estado antes de seguir mecanicamente as normas impostas pelo regulamento da administração; para assim evitar que crie formas não apropriadas e avance um atendimento da saúde dos cidadãos que não estão incluídos nas coberturas estabelecidas nos programas setoriais.

Fazendo uma análise da situação, posso inferir que o cidadão peruano é um ser que permanentemente fica recebendo mensagens dos meios de comunicação social, tendo uma expectativa de participar dos programas sociais do "Estado protetor" sem atentar para as peculiaridades dos programas, e mesmo que outras pessoas, como a equipe de saúde, falem para ele sobre sua exclusão, ele cria formas de pertencer ao SIS/SEG por considerar que os programas sociais são direito de todos. A particularidade do cidadão peruano, na sua cultura, é que ele é um indivíduo muito criativo, nas suas formas de sobrevivência.

Ao fazer uma descrição do cidadão do povo andino do Perú quanto à sua autoridade, para interpretar as manifestações das depoentes, torna-se necessário algumas reflexões baseadas no

conhecimento e experiência quanto as manifestações culturais e aos significados que para nós tem o cotidiano do dia a dia. O Estado não desperta uma adesão, uma lealdade, nem laço sentimental, ele é avaliado conforme as determinações que emanam dele; por exemplo, diante do aumento do preços dos alimentos, o cidadão faz críticas, avalia a forma de vida dos governantes e compara com as dele; implicitamente ele está fazendo uma denúncia quanto às diferenças e a equidade. Diante um programa social que na mensagem dos meios de comunicação inclui aos mais pobres ele não percebe o verdadeiro sentido, e considera que ele tem direito quanto ao acesso, e cria forma de ter acesso a ele; e no seu pensamento, ele não considera que está infringindo, nem desacatando a autoridade.

A atitude da população de Trujillo quanto à falta de equidade pode ser analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1998, p.17) quando o autor ressalta que:

"O uso dos meios de comunicação implica a criação de novas formas de ação e interação na sociedade, novos tipos de relações sociais e novas maneiras de relacionar-se com os outros e com um mesmo. Quando os indivíduos utilizam os meios de comunicação, e se introduzem em formas de interação que diferem em certos aspectos do tipo de interação cara-a-cara que caracteriza a maioria dos encontros da vida cotidiana ... de maneira fundamental, o uso dos meios de comunicação transforma a organização espacial e temporal da vida social, criando novas formas de ação e interação, e novos meios de exercer o poder, dissociados do fato de compartilhar um local comum"

A informação / comunicação como espaço de estratégia está situada em âmbitos de realidades presentes, e como cultura dos meios atinge com força a educação, a política, a sensibilidade social, a televisão, a violência dos meios e a cultura do povo.

Nestes espaços, interpõem-se novas significações que é produto da cultura da mídia, numa característica que Thompson (1995, p.289-290) enfoca como:

... ela institui uma ruptura fundamental entre a produção e a recepção de bens simbólicos. Esses bens são produzidos para receptores que, de modo geral não estão fisicamente presentes no lugar da produção e da transmissão ou difusão eles são, literalmente, mediados pelos meios técnicos em que estão fixados ou transmitidos ... num fluxo de mão única ... de tal modo que a capacidade do receptor de influenciar ou intervir nos processos de produção ou difusão se torna estritamente limitado.

A situação para o povo peruano se torna mais complexa porque, além destas informações, ele tem acesso como todo mundo às informações no contexto globalizado, que possibilita a socialização com todo tipo de informação do mundo, nos termos de liberdade de imprensa.

A globalização, segundo Ludwig (2002, p.12) pode:

... provoca a menudo un sentido de desamparo ... no sólo genera transformaciones cuantitativas en el ámbito de la economía, sino también cualitativas en el ámbito de la reproducción cultural; lo que se globaliza no son únicamente las instituciones políticas y las estrategias económicas, sino también las ideas y los patrones socioculturales de comportamiento.

Os exageros da mídia ao mostrar casos do mundo quanto à violência, corrupção, delinquência, sexo,

motiva os cidadãos a realizar práticas antes não executadas por eles; como assumidas de um jeito natural, na procura de um direito negado pelos critérios de coberturas das políticas sociais.

A respeito, Geertz (1989, p. 96) ressalta que:

Para tomar nossas decisões, precisamos saber como nos sentimos a respeito das coisas; para saber como nos sentimos a respeito das coisas precisamos de imagens públicas de sentimentos que apenas o ritual, o mito e a arte podem fornecer.

Constato que as ponderações de Geertz (op.cit) têm coerência com as atitudes duma população como a peruana, que tem sentimentos, que responde às motivações externas dum mundo cheio de carências, sofrimento e limitações quanto às necessidades básicas e por outro lado, diante das informações gratificantes e de impacto e as grandes expectativas de solução aos seus problemas mais complexos, toma a decisão de aceitar aquelas imagens públicas, que têm um significado de “solução”, mas na realidade o significado é de manipulação para acreditarem nelas; situação que quebra a sua tranquilidade e motiva idéias mentais de procura delas, por legitimidade e justiça social.

Para ilustrar esta situação apresento o trecho da seguinte observação:

... as assistentes sociais somos as que estamos defendendo aos necessitados, o resto de pessoal traz as amizades no caso dos médicos; as enfermeiras, outro dia eu escutei a uma enfermeira dizer: olha senhora vai por centro de saúde e diga ao senhor de

admissão que é o meu amigo e explique a ele sua situação, para que lhe inscreva.

obs. nº 2

Esta é uma estratégia ideológica de legitimação, na modalidade de metáfora, apropriando-me da teoria ideológica de Thompson (1995), considero que os programas sociais, inseridos nos serviços assistenciais de saúde, no Perú, antes da criação do SIS/SEG, eram descrito, como atendimento “com custo”; hoje são denominados “de graça”; a metáfora de custo e de graça, combinada com a linguagem de “antes” e “agora”, tem um caráter forte, mas na realidade atual o atendimento aos escolares é de cobertura seletiva e tem um custo; além do econômico. Por um lado, gera confusão para quem oferece o atendimento, e no momento controla o programa, como se pode constatar nos depoimentos quando num segundo momento, ao transgredir as normas, neste caso, a enfermeira, tornar-se autônoma. O custo moral deste tipo de criatividade da população diante da discriminação parcial ou total cria estratégias na procura destes serviços, o que significa dar reforço à manipulação ideológica do poder.

A distribuição dos recursos econômicos tem efeitos reais e tangíveis para os que mais têm e para os que menos têm na sociedade. Por enquanto, esta distribuição vigente, se é ou não “justa”, é uma questão de significado — isto quer dizer, depende de como é definida a “justiça” e a “eqüidade”; e a situação social real dos cidadãos; as ações econômicas poderão determinar-se segundo a

posição que tomarmos com respeito a estas definições e ao tipo de necessidades que serão significativas, para uns dentro dum contexto cultural definido e para outro contexto não terão o mesmo significado, mas por enquanto, tratando-se da saúde, o significado é relevante, o que reforça o sentido de ter acesso a este serviço por ser o conceito “direito” entendível para todo o mundo além do grau de conhecimento, por ter significado de direito pessoal; situação que faz a maioria sofrer nos serviços assistenciais do Hospital. Fazendo uma revisão das estratégias sociais 2001 – 2006, proposta pelo Governo Peruano (2002, p. 27), no discurso inaugural, na Carta de Política Social, propõe:

“... Son conocidas las grandes desigualdades que caracterizan a la sociedad peruana. Del mismo modo es sabido que los recursos públicos son mas escasos en los lugares donde las personas tienen mayores necesidades. Em los últimos lustros, la equidad que afecta a la sociedad peruana se ha acentuado. Los recursos públicos, sobre todo aquellos destinados a programas sociales, serán distribuidos com criterio de equidad ... Avanzar em la equidad es uma estrategia fundamental para el desarrollo, la democracia y la paz ...”

Ao fazer a análise com o conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 85), a Carta de Política Social pode ser entendida também na estratégia ideológica de legitimação, na modalidade de metáfora, que Thompson (op.cit) considera como proposta social; antes deste governo, o termo iniquidade estabelecia os critérios de equidade, a metáfora de iniquidade e equidade, combinada com a linguagem de

“passado” e “presente”, traz a este comentário um caráter de esperança; e na realidade atual os recursos públicos não chegam a maioria; e poderia dizer-se que a iniquidade afeta muito mais que antes a sociedade peruana.

Petrera (2002, p. 100) concorda com a análise das contas nacionais de saúde no Peru, apresenta a situação acerca da distribuição do financiamento em saúde e explica:

... El financiamiento proviene en primer lugar de los hogares (39%) y mayormente del denominado “pago de bolsillo”, seguido de los aportes de los empleadores a sus trabajadores estables declarados (34%), de los recursos del Tesoro Público y del endeudamiento externo asignados por el gobierno (25%), y, en mucho menor medida, de la cooperación técnica no reembolsable y de donaciones internas (2%) ... cuanto más descansa el financiamiento em el pago de bolsillo, mayor es el carácter inequitativo y precario del financiamiento. Inequitativo porque el acceso se restringe a quienes puedan pagar el costo de los servicios, lo que tiende a excluir a los más pobres ... y precario porque no descansa en una previsión anticipada y porque se trata de um gasto que puede resultar devastador para las economías de los hogares.

Esta situação é ainda mais complexa, considerando a diversidade populacional que existe no Peru, e cada uma delas tem suas próprias idéias, costumes, formas de olhar a vida, formas de contestar as iniquidades sociais, entre outras; mas este estudo pode ilustrar, por um lado, para perceber que esta realidade não pode mudar facilmente num período de governo; e pelo outro, transcorridos dois anos do governo da atualidade de Toledo, neste momento a crise social

ainda permeia. Considero importante ter consciência em termos de cidadania das dimensões culturais e as diferenças dos grupos sociais que constituem a sociedade peruana, para formular as políticas públicas.

Alvarado (2002, p. 45) declara:

... Uno de los retos centrales que el estado tendrá que afrontar para construir la nación que viabilice y legitime, a su vez, el ejercicio del poder, es construir un sistema jurídico que te tenga en cuenta las dimensiones culturales y las diferencias de los grupos sociales que integran la nación para la formulación de las políticas públicas. Las Constituciones Políticas deberán incorporar estas realidades culturales ... un componente estructural de la conciencia social ... se trata de que la Constitución integre la totalidad de las realidades socioculturales como parte constitutiva de la nación para que cada grupo social encuentre su espacio y su función.

Alvarado (op.cit) tem concordância com Ilizarbe (2002, p. 77) que ressalta as diferenças culturais e étnicas relacionadas com as desigualdades sociais e econômicas, fazendo do Perú um país profundamente estratificado, constituído por grupos tão diferentes que muitos não têm idéia da existência dos outros, no mesmo território.

Concordo com Alvarado (op.cit) e Ilizarbe (op.cit), mas o Perú, neste momento, precisa iniciar um projeto de educação-identidade no sentido de recuperar e aproveitar nossa cultura milenar de valores, baseados em significados de trabalho, honradez e lealdade; elementos imprescindíveis para colocar na prática uma gestão social; que projete no futuro a identidade da população numa forma conjunta e coletiva, com

um nível de educação e emoção social, que responda às exigências morais, intelectuais, de sentimentos de humanidade, entre outros; mas estas identidades poderiam ser melhores conceituadas como as sedimentações através do tempo daquelas diferentes identificações ou posições que adotamos e procuramos “viver”, como se viessem de dentro, mas que, sem dúvida, são ocasionadas por um conjunto especial de circunstâncias, sentimentos, histórias e experiências única e peculiarmente peruanas, como sujeitos individuais, na dimensão coletiva, e que são formadas culturalmente.

Em relação às expectativas não satisfeitas da população, destaco as sugestões do escolar e sua família e da comunidade quanto à qualidade de atendimento ao cumprimento de seus direitos, na concepção ideológica e cultural que significa isto para eles.

Das sete depoentes, uma delas narra a satisfação da família diante da facilidade de receber por parte do SIS/SEG as prescrições, considerando recebê-las de graça.

..., mesmo assim o fato que o menino recebe um medicamento facilmente, seja-lhe facilitado um exame de ajuda ao diagnóstico, a família tem a certeza que suas expectativas foram cumpridas.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

Contrariamente, seis depoentes manifestam o descontentamento da comunidade diante da realidade nos estabelecimentos de saúde e o que foi divulgado pelos meios de comunicação, pois a falta

de recursos e a mensagem recebida não responderam às suas expectativas.

... eu que trabalho em o serviço de emergência cada dia vou encontrando gente que exige a gente coisas que o seguro não brinda, e dizem que o governo pregoa que têm todo o direito, que todo se lhes têm que dar, então a gente não quer comprar nada,

(Enf. Socialização)

... ontem levaram á mãe que morreu, e que ingressou por emergência, a família fiz o pagamento a funerária, mas é um direito que eles tem, o SIS/SEG faz pagamento deste serviço, agora preciso dos papéis, para revisar, eu solicito a eles que tirem xerox de todo, para eu ter todo em ordem, e poder falar com a funerária; como você pode olhar a família esta esperando que eu de a solução, e tenho que fazê-lo pronto.

(Enf. Autonomia)

... então o aspecto social destes pacientes gera problemas no sentido que os parentes têm que dispor da medicina, se ou se e negam-se comprar a medicina para seu próprio paciente diante a falta de elas, é um problema mais para nós de ter que lutar diariamente com todo tipo de pessoas.

(Enf. Filosofia)

... então a comunidade traz a seus pacientes e eles disseram que aqui temos que lhes dar todo completo, ao não ter os recursos em farmácia, eles tinham que comprar e o problema foram gerando-se ... produz-se um grande impacto, fazendo que a comunidade responda aceitando ao governo e acreditando neste serviço com todas as bondades feitas na difusão onde foi dito que era completamente de graça, o que motivou um caos nos estabelecimentos de saúde que cada dia foi concorrendo num aumento desmesurado de usuários e a equipe de saúde não pondo cumprir com as expectativas da população, quem ao chegar aqui não tínhamos para oferecer todo, as limitações de recursos, eles pensaram que o equipo não facilitava este serviço

(Enf. Ética)

Depende de como os parentes aceitam isto, alguns estão muito conscientes que tudo não pode ser dado; outros ficam aborrecidos, arrogantes

(Enf. História)

Com a minha experiência de trabalho na capital de Peru, lembro que os escolares chegavam aos estabelecimentos de saúde com um problema de emergência e seus pais não disponham do dinheiro necessário, pois a pobreza pode-se olhar nas pessoas com muita facilidade ...

(Enf. Ideal de Serviço)

Thompson (1995, p.17), referindo-se ao conceito de ideologia, declara:

... pode ser usado para se referir às maneiras como o sentido (significado) serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações de poder que são sistematicamente assimétricas ... ao tratar a ideologia, não se pode prescindir de buscar o lugar social da produção das formas simbólicas que circulam nas redes, o lugar social dos receptores dessas formas e as formações sociais nas quais estes se encontram".

A construção do sentido das formas simbólicas está diretamente relacionada à formação econômico-social e pode-se verificar em que direção elas estão predominantemente sendo usadas, se na manutenção do *status quo*, servindo apenas para perpetuar as relações de poder, se na modificação, trilhando o caminho da mudança destas relações de poder, e Thompson (1995, p. 17) define:

"as formas simbólicas, ou sistemas simbólicos, não são ideológicos em si mesmos: se eles são ideológicos, e o quanto são ideológicos; depende das maneiras como eles são usados e entendidos em contextos sociais específicos".

Neste momento em que o mundo está tão agitado em um número enorme de tempos históricos e culturais, em que as produções do âmbito da televisão viajam pelo mundo e atingem praticamente todas as sociedades nesses tempos / espaços díspares, muitas vezes em tempo real pode-se observar a divulgação deste conjunto de idéias e valores, de normas ou de regras que procuram dar suas próprias explicações, quanto ao SIS/SEG, para as diferenças sociais, políticas e especialmente para a diversidade cultural do Perú ; num cuidado perspicaz para objetivar o apagamento destas diferenças, no sentido de manter uma emissora de televisão no ar durante algumas horas do dia, e mais ainda quando se trata de uma grande programação para 24 horas, é uma missão custosa que exige um trânsito muito grande de produções, o que aponta para a permanência deste procedimento numa diversidade no pólo da produção e que é mais extensa ainda a diversidade do entendimento, da interpretação da recepção destas representações.

A comunidade diante disso muda de idéias, gera novas expectativas, muda de comportamento e numa forma natural participa deste assunto; começa a tomar parte de sua vida; é tema de conversação com os seus pares, sente alegria de dispor de algo novo para sua vida, que inclui a sua família e a sua comunidade; sem notar num principio que a informação / comunicação fica longe das suas expectativas. No cenário assistencial é o ponto crítico da realidade que espera conhecer; se tem sorte, o problema é resolvido; geralmente quando se trata de situações simples;

contrariamente, diante da complexidade da sua situação, os limites são cada vez mais grandes e numerosos.

Por um lado, o desespero da equipe de saúde para satisfazer sua necessidade gera esperança e gratificação num momento, seguido da impotência diante da falta de um documento ou recurso indispensável para que o atendimento seja concluído com sucesso.

O desconhecimento de algum membro da equipe de saúde gera mais tensão, a expectativa da gratuidade do atendimento vai descendo, inclusive nos casos em que o escolar é de outro Estado onde a transferência deste usuário inclui o pagamento da passagem do familiar; situação incerta, pois este pagamento só vão a ocorrer depois que os documentos sejam avaliados na capital do Perú, no nível central do SIS/SEG; dependendo, no melhor dos casos, da competência do pessoal que enviou os documentos conforme as normas. (aproximadamente dois ou três meses). Os níveis de pobreza, no Peru, não têm espera, pois a população não dispõe de dinheiro para realizar este pagamento, e assim o cenário vai tomando forma de contradição, pessimismo, impotência, com significado de deslealdade para o cidadão por parte do Estado peruano.

Esta situação do cotidiano se tornou repetitiva, cansativa para toda a população, que inclui os escolares, a equipe de saúde que exige a

responsabilidade de cada cidadão e também dos profissionais da saúde e especificamente da enfermeira que desvela a forma como opera a ideologia, ensina a interpretar adequadamente as formas simbólicas que circulam na mídia, conforme a realidade; que nas expectativas não satisfeitas, a comunidade já está percebendo.

Para esta situação, selecionou-se duas passagens da seguinte observação:

... Chega uma senhora trazendo uma anotação por parte da assistente social, a secretária revisa o documento, e confirma que se trata de uma consulta para classificação de planos de atendimento, a secretária lhe diz que vai a assistência social para ser categorizada depois do estudo social ... eu pergunto porque isto? ... se outras pessoas foram inscritas sem problemas? ... a secretária, contesta que a senhora que trouxe o documento não é a titular, e se é avaliada positivamente no estudo dos documentos pertence ao programa, então vai ser atendida sem problemas, contrariamente a senhora tem que fazer todos os pagamentos pertinentes ...

obs. nº 4

Regressa a senhora que vim as 10.15 horas e que não é a titular usuária, ela trazido do escritório da assistente social determinação que não pertence ao SIS, ela mostra sua insatisfação, e diz que o SIS é uma contradição e que todo mundo agora precisa de direitos, ela vai embora muito contrariada.

obs. nº 4

Nesse sentido, Geertz (1989, p. 127) define a vida cotidiana:

... O mundo da vida cotidiana, sem dúvida, em se mesmo, um produto cultural, uma vez que é enquadrado em termos das concepções simbólicas do "fato obstinado" passado de geração em geração, é a cena estabelecida e o objeto dado de nossas ações.

Considero que a pluralidade e fragmentação sentidas no campo social poderia ser resultado da iniquidade social e das expectativas não satisfeitas pela população no atendimento aos escolares pelo SIS/SEG no Hospital e posso acreditar que isto ocorre em todo o Perú, como uma resposta de sua própria dinâmica social, diante das limitações. Nesse sentido, é muito importante conhecer a repercussão que tem na mente destas pessoas que são motivadas a experimentar sentimentos que não são satisfatórios para sua vida, contrariamente, provocam-lhe doença e ruptura do que eles consideram valores e significado.

Ainda Geertz fala (1989,p. 94) no conceito de cultura, que é a realização de uma vida emocional funcional, bem ordenada, claramente articulada, que para o indivíduo trata-se de:

... dar uma forma específica , explicita, determinada, ao fluxo contínuo geral, significativa às mudanças contínuas de sensações as quais estamos sujeitos inerentemente, a fim de que possamos não apenas sentir, mas saber o que estamos sentindo e agir de acordo: [EE] a atividade mental ... [que determina] principalmente a maneira como uma pessoa encara seu mundo circundante. A sensação pura – ora dor, ora prazer – não teria qualquer unidade e mudaria a receptividade do corpo as futuras dores e prazeres apenas do modo rudimentar.

Geertz (op.cit) convida para conhecer a pessoa, para compreender a forma que encara seu mundo circundante; considerando as significativas mudanças das sensações, as quais estamos sujeitas; e acredito,

que é muito valioso conhecer também o significado que eles têm quanto às iniquidades e desigualdades que, neste caso, os escolares sentem nas suas dimensões familiares e comunitárias.

Nesse sentido, Travassos (1995, p. 175) define:

As desigualdades serão consideradas justas ou injustas conforme as distintas interpretações sobre os processos sociais determinantes da estratificação social, uma vez que as iniquidades em saúde estão fundadas nas relações sociais que determinam as chances da população obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes da utilização daqueles recursos.

Quando se fala de desigualdades sociais, não existem desigualdades que possam considerar-se justas nas distintas interpretações dos processos sociais, pois toda desigualdade social atinge a violação dos direitos humanos e da justiça social; e é a violação deste direito humano o que gera movimentos de pessoas na procura dele; e o desafio dos profissionais da saúde de fazer estudos para descobrir a forma de abordá-los, numa missão baseada na equidade social.

Posso citar um exemplo de abordagem na procura de diminuir os níveis de iniquidade nos estudos de Junqueira (1997, p.5), em cujo texto propõe um (re) ordenamento do aparelho burocrático da Prefeitura de Fortaleza, no Brasil:

... reformular a gestão municipal considerando importante descentralizar o poder nas regiões da cidade, para que neles possam resolver suas próprias necessidades, numa forma integrada ... foi pautada pelos seguintes objetivos: aproximar o governo do cidadão na região onde ele vive; reconhecer o

cidadão como sujeito de direitos – não como objeto de atuação; acolher e dar soluções integradas a necessidades e expectativas do cidadão.

As situações dos países da América Latina precisam da vontade e prática de políticas de saúde que respondam às expectativas na realidade local, cultural, social, econômica, emocional, biológica, entre outros, dos cidadãos, na diversidade de contextos e circunstâncias, pois mesmo que os cidadãos se sintam afetados pelas limitações recebidas, eles também estão controlando o desenvolvimento das instituições de saúde, e cada vez estão mais alertas.

A respeito do controle das instituições pelos cidadãos, Weber (1997, p. 418) define:

... a visibilidade da instituição depende da sua capacidade de informar e comunicar seus atos ... " Tão importante quanto saber administrar recursos humanos, financeiros e tecnológicos é coordenar um sistema de comunicação que viabilize a construção de conceitos positivos, através da visibilidade e da repercussão das ações da instituição"

Laplantine (2001, p. 122), referindo-se à antropologia cultural, define os traços ligados estreitamente entre si, que são:

... estuda os caracteres distintos das condutas dos seres humanos pertencendo a uma mesma cultura, considerada como uma totalidade irreduzível à outra; ela conduz essa pesquisa a partir da observação direta dos comportamentos dos indivíduos, tais como se elaboram em interação com o grupo e o meio no qual nascem e crescem estes indivíduos; e estuda o social na sua evolução, e particularmente sob o ângulo dos processos de contato, difusão, interação e aculturação, isto é de adoção (ou imposição) das normas de uma cultura por outra.

Weber (op.cit) e Laplantine (op.cit), me levam a fazer uma análise mais contextual da situação, pois hoje em dia posso dizer que o poder da sociedade é exercido à distância, o indivíduo não está mais submetido a moldes, mas a modulações, os meios de comunicação social, mesmo que tenham já uma orientação ideológica, usando estratégias que atingem as concepções estruturais das formas simbólicas, ajudam a marcar as diferenças entre uma organização e outra; dessa maneira, motivam as instituições ou empresas de saúde a ficar alertas na disputa de oferta de serviços a fim de procurar um “status” que só a opinião pública pode oferecer em concordância com a avaliação que os receptores e / ou usuários façam sobre isso.

6. *Exercício do Poder Estadual e Resposta Social do Sistema de Saúde Integral / Seguro escolar Gratuito.*

Este tópico descreve o exercício do poder das instituições do Estado quanto ao SIS/SEG do Hospital, as quais derivam das diretrizes e normas dos processos de execução, cujos elementos identificados estão relacionados à imposição normativa sanitária sobre a autonomia profissional e a concepção equivocada dos usuários quanto ao direito.

Quanto à imposição institucional sobre a autonomia profissional do SIS/SEG relacionada aos escolares, cabe destacar as implicações ideológicas

na forma de atuação das autoridades quanto à execução do programa e as respostas dos profissionais de saúde, especificamente, das enfermeiras do Hospita.

Das sete depoentes, seis relatam a falta de informação, a imposição de decisões sem critério que afetam o bem-estar do trabalhador da instituição, neste caso de saúde, e da enfermeira que oferece atendimento ao SIS/SEG. Elas manifestam sua estranheza quanto a este programa, que sendo de conotação recuperativa não tem custo econômico; contrariamente as consultas de crescimento e desenvolvimento da criança que precisam de pagamento e a designação de funções e tarefas à enfermeira no controle destes programas, sem considerar os critérios de direitos humanos e a autonomia profissional da enfermeira.

... temos muitas limitações, não temos uma boa informação das mudanças que se estão produzindo no programa, não sabemos a quem vamos a atender, faltam normas, e a quem vamos a dar atenção, mas as autoridades exigem do atendimento ...

(Enf. Socialização)

...pois se da uma situação muito desagradável neste e outros hospitais, você conhece que os programas preventivos deveriam ser de graça, mais desde faz muito tempo a criança paga o direito de consulta de CRED (cinco novos sois) ; e como o SIS/SEG não se paga então a frequência dos assegurados por situações preventivas vinham a receber atendimento como sim fora necessidade por doença ... ao principio, foi algo que não teve controle e depois se tornou uma solução a uma necessidade de negociação.

(Enf. Autonomia)

... se não tem disponibilidade duma secretária no SIS/SEG, a enfermeira tem que fazer isto, você sabe que isto tem que ser sempre assim ... a enfermeira tem uma autenticidade de confiança institucional, de reconhecimento à responsabilidade profissional, se a prescrição não esta assinada pela enfermeira, farmácia não entrega o medicamento... a saída de medicamentos não está nos registros, não é autorizada pelo SIS/SEG, então a enfermeira controla, e garante a defesa dos direitos dos assegurados.

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... não estivemos preparados para oferecer aquele serviço e foi recebido como uma imposição; ele chegou sem previsão, para executar baixo nossa responsabilidade, sem ser implementado bem, sem lineamentos precisos ocasionando muitas dificuldades.

(Enf. Ética)

Os depoimentos das enfermeiras fazem-me inferir a preocupação que têm elas a respeito do significado do cuidar em saúde, e as normas que são elas forçadas a assumir e executar, de forma natural, porque são advindas do sistema implantado do Ministério de Saúde através das suas políticas. Na prática, as chefias, para garantir a execução destas disposições, antepõem uma conotação implícita para serem executadas só por profissionais identificados pela instituição; que no cenário assistencial são cumpridas, mas as enfermeiras, num senso ideológico, têm consciência que esta conotação só serve para objetivar uma sobrecarga de trabalho, além de suas responsabilidades profissionais.

Esta situação, ao ser analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 203), está inserida no

processo de valoração das formas simbólicas, que tem a seguinte definição pelo autor:

... valor simbólico, é aquele que os objetos tem em virtude dos modos pelos quais, e na extensão em que, são estimulados pelos indivíduos que os produzem e recebem – isto é, por eles aprovados ou condenados, apreciados ou desprezado.

O que acontece nos países de América Latina e especificamente no Perú é que os diferentes acontecimentos políticos das ultimas décadas no processo histórico levaram a comunidade, e especificamente a enfermeira do Hospital Belém, a adotar um posicionamento crítico quanto às decisões advindas das instituições do Estado que lhe geram satisfações, expectativas, confusões ou frustrações, entre outras. Torna-se necessário entender o sentido de acordo com o nível de informação, conhecimento, compromisso ou envolvimento com a comunidade e a instituição onde elas atuam, gerando nelas expressões, símbolos, atitudes, depoimentos que têm significação na sua conduta social e que se tornam comum na coletividade, podendo ser aprovadas ou condenadas, como também aprovadas ou desprezadas.

Nesse caso, as enfermeiras, num posicionamento crítico, não duvidaram em manifestar seu pensamento real no tocante às disposições normativas que limitam seu desenvolvimento profissional num processo cada vez mais complexo nas inter-relações para operar o SIS/SEG, que ao ser analisado pelo conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 206), esta

situação é localizada na valoração de estratégias destas formas simbólicas, nos termos seguintes:

... os indivíduos estão constantemente envolvidos na criação de novas estratégias, na descoberta de novas maneiras de alcançar seus objetivos ou de evitar que outros alcancem os seus, e essas estratégias só podem ser plenamente analisadas considerando-se os casos específicos.

Numa análise mais profunda, o que acontece com as enfermeiras num estado de subordinação administrativa, elas estão situadas em posições menos dotadas de recursos e suas oportunidades são mais restritas que as estratégias são, tipicamente caracterizadas pela praticidade, e Thompson (1995, p. 209-210) define:

... enquanto indivíduos que estão mais preocupados que outros com as necessidades de sobrevivência, podem atribuir mais valor do que fazem outros a objetivos práticos em sua constituição e funcionais na vida quotidiana ... a valorização positiva de objetos práticos, pode andar lado a lado com a resignação respeitosa em relação as formas simbólicas produzidas por indivíduos que ocupam posições superiores em um campo ... é uma estratégia de resignação na medida em que a superioridade dessas formas, e conseqüentemente, a inferioridade de seus próprios produtos, são aceitas como inevitáveis ...

Esta situação proposta por Thompson (op.cit) pode ser constatada no cenário assistencial; diante da carência de pessoal, as enfermeiras assumem o trabalho, seja da secretaria, no caso de organizar a documentação do escolar nos critérios do programa, considerando a extemporaneidade dos prazos; do pessoal médico, ao elaborar a prescrição conforme foi prescrito no dia anterior e elas pode abreviar colocando "idem", a

enfermeira faz isto, para evitar que o familiar fique atrás do médico; ou de outro membro da equipe da saúde, no caso em que eles não se encontrem trabalhando.

Fazendo uma análise da situação, de um lado cabe à enfermeira administrar o medicamento depois que o pessoal de farmácia entrega os medicamentos prescritos: na realidade, a prescrição chega incompleta e a enfermeira ajuda o familiar no que for necessário para atender a prescrição. Por outro lado, a enfermeira tem a responsabilidade de assinar todas as prescrições para que o pessoal de farmácia ao receber a prescrição tenha consciência do controle. Ela assume esta função como a pessoa com mais legitimidade para isto, porque as enfermeiras atuam em diferentes horários. Na realidade, esta função não é de sua competência, e ela ao referir-se a esta situação o faz de um jeito satírico, quando falam: temos que assinar porque somos muito importantes ... e assim mesmo é nosso trabalho, cada dia mais e mais trabalho.

No trecho da seguinte observação, pode-se constatar uma forma de imposição normativa sobre a autonomia profissional, no cenário assistencial.

... escuto que o serviço se encontra congestionado de pacientes, e que não tem pessoal de secretariado e tem muitos documentos que preencher; uma das enfermeiras diz; deixa isso ate amanhã; primeiro são nossos usuários agora. A outra responde dizendo: não, de jeito nem um, olha a quantidade de documentos que deixaram pendentes, você acha que podemos deixar pendentes? ... considerando que dispuseram que diante a falta da secretária, nossas temos que assumir esta tarefa!

contrariamente os documentos voltam para nós, com o risco do Hospital de perder o direito de pagamento pelo ARSE pela saída de medicamentos e insumos ... bem, bem, como eu não sou secretária; eu não vou fazer ... é muito abuso! com tanta responsabilidade que temos, e com a complexidade de nosso trabalho aqui na emergência.

obs. nº 4

A rejeição a realizar esta tarefa por parte da enfermeira por considerá-la um abuso, pode ser analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 210) e definida da seguinte maneira:

... em contraste com essa forma de resignação respeitosa os indivíduos situados em posições subordinadas, podem empregar varias estratégias de rejeição ... podem rejeitar ou ridicularizar as formas simbólicas produzidas por indivíduos situados em posições superiores ... mas rejeitando ... os indivíduos situados em posições subordinadas podem encontrar uma maneira de afirmar o valor de seus próprios produtos e atividades sem romper fundamentalmente com a distribuição desigual de recursos característica do campo.

Nesse sentido, ao fazer uma análise no conceito de cultura de Geertz (1989, p.213 - 214), no que concerne à reação popular, o autor enfatiza que:

... os resultados de tal estranheza foram os habituais: um certo grau de curiosidade, um grau mais elevado de medo, uma expectativa ansiosa e grande dose de perplexidade ... esta confrontação significa que os conceitos recebidos de justiça, poder, protesto, autenticidade, identidade ... são todos expostos a riscos pelas exigências, ou as aparentes exigências, de uma existência nacional efetiva no mundo contemporâneo.

Nesta análise é muito importante citar Thompson (op.cit) e Geertz (op.cit), pois os autores coincidem na sua forma de analisar o comportamento do indivíduo. Por um lado, Thompson (op.cit) ressalta que os indivíduos situados em posições subordinadas podem empregar várias estratégias de rejeição, encontrando maneiras de afirmar o valor de seus próprios produtos e atividades como o que está acontecendo no cenário assistencial; a enfermeira já manifesta sua rejeição às disposições impostas, e Geertz (op.cit) considera os significados dos conceitos de justiça, poder, protesto, autenticidade, identidade; e, neste caso, as enfermeiras recebem os riscos pelas exigências, ou pelas aparentes exigências, de uma conduta. Acredito que elas sentem o sistema de significados e conceitos herdados e transmitidos, num processo de mudança, através dos diferentes acontecimentos que ocorrem com a população. Neste processo de mudança, elas recebem com risco o significado dos juízos de valor que orientam sua vida profissional e pessoal.

Pode-se ilustrar através de Geertz (op.cit), com um depoimento em que a enfermeira assume disposições institucionais em oposição a seus juízos de valor com apoio institucional:

... uma enfermeira supervisora de ARSE central veio do Lima numa visita ... ela manifestou que em Lima não há nenhum problema e que os serviços ficam ao alcance imediato da necessidade do usuário ... como sempre a enfermeira é o apoio das instituições de saúde, porque quer ou não quer tem que resolver o problema que é apresentado no serviço, e a instituição

não pode solucionar isto, então nós temos que optar com nossas relações informais para conseguir estes.

(Enf. Ideal de Serviço)

Mesmo assim, a imposição normativa sanitária implica troca de idéias entre as enfermeiras, os dirigentes e os outros membros da equipe de saúde, inclusive a comunidade, dependendo das implicações que haja entre eles sobre determinado tema, que vai tornando-se problema ou limitação, e tem significado de tédio, neste caso, para elas, ocasionando um espaço para a tomada de decisões por parte das enfermeiras.

De acordo com Costa (1997, p. 129), o espaço público é o espaço de troca de idéias entre atores sociais objetivando chamar a atenção das pessoas para determinado assunto e formar uma opinião pública capaz de influenciar os processos decisórios. É através dos meios de comunicação de massa que ocorre este intercâmbio de idéias, portanto, para que haja democracia é preciso garantir espaço para a expressão de todos os atores sociais para que a formação da opinião pública não esteja baseada apenas no ponto de vista daqueles que controlam os veículos de comunicação.

Por outro lado, o médico reconhece o programa como uma alternativa de muita importância, ressaltando o processo de controle mediante a auditoria do trabalho médico, enfatiza nas prescrições de seus colegas.

... neste hospital através do sistema de auditoria o medico é informado no conhecimento de seu próprio trabalho e ele já não

pode prescrever livremente o que acredita conveniente ou o que eles pensaram, desde que já existe alguém que está controlando, avaliando se os medicamentos são os mais apropriados, na quantidade para aquela patologia...

(Médico: Inovação Profissional)

Na análise deste relato, a afirmação: "ele já não pode prescrever livremente", considero ainda mais complicado, pois se estaria violando sua autonomia profissional que é um atributo indispensável no desenvolvimento de toda prática profissional; que, ao ser analisado pelo conceito de ideologia, Thompson (1995, p. 208) denomina como estratégia de menosprezo:

... isto é, considerando as formas simbólicas produzidas por aqueles que estão abaixo deles como defeituosas, desajeitadas, imaturas ou grosseiras ... numa variante mais sutil ... a condescendência. Elogiando formas simbólicas de modo a rebaixar seus produtores e a lembrá-los de sua posição subordinada, a condescendência possibilita aos indivíduos em posição dominante reafirmar sua dominação declará-la abertamente.

Nos estudos de Voese (1996, p. 68), referindo-se aos discursos advindos das instâncias de mecanismos de controle, o autor enfatiza que:

... constroem, através da reiteração de um enunciado, a cristalização de uma imagem positiva do discurso de uma prática, de tal forma que ela se torne quase inquestionável."

Considerando o discurso como eixo determinante da mediação da informação- comunicação numa instituição, como o Hospital que procura fazer

treinamento das novas mudanças advindas das disposições normativas, as chefias com autoridade e poder criam mecanismos de controle que estabelecem limites às possibilidades de surgimento de respostas por parte dos receptores, e da autonomia da função técnica e profissional dos trabalhadores.

Pierantoni (2001, p. 356), referindo-se à autonomia, declara;

È desejável que a formulação de políticas observe e pratique alguns princípios básicos utilizados na administração empresarial, difundidos, mas pouco utilizados na área de saúde, que se relacionam à valoração profissional, por um lado, e a adoção de práticas regulatórias da autonomia ou de corporativismo de outro.

Concordo com Pierantoni (op.cit), mas para tornar realidade este desejo é necessário a participação ativa das instituições de regulamento profissional como conselhos, associações, entre outras, no sentido de ficar vigilantes na formulação das políticas de saúde e, ainda mais, se requer destas instituições um posicionamento crítico e prático dos argumentos profissionais quanto às ofertas de serviço profissional, que garanta uma autodeterminação e auto-regulação ótimas.

O médico também fala sobre a estratégia de motivação econômica dos trabalhadores de saúde no atendimento do SIS/SEG, explicando que o pagamento pelo ARSE vai ter um significado de aumento da cesta familiar.

... os trabalhadores de saúde tinham temor de perder a cesta familiar recebida cada mês da própria produção dos hospitais do

pais, com o pensamento de que todos terão acesso nesta segurança e já não ingressaram recursos econômicos aos hospitais como antes, então nós tivemos uma reunião com a equipe de saúde e uma das primeiras estratégias foi disso que mais interessava aos trabalhadores, referida à situação econômica.

... então a posicionamento foi o seguinte: nós sabemos que o hospital é um hospital de caridade que muitas pessoas pobres vêm a solicitar atendimento e que um 80 ou 90% não fazem o pagamento por isto, até mesmo de sua hospitalização, é quase deste modo a norma institucional, mas se faz na forma parcial ou total, então estes usuários que sempre foram descarregados agora eles terão sua segurança de saúde, eles através desta pagaram seu atendimento e aquele dinheiro será reembolsado para o hospital e já não vai a perde-se os recursos do hospital como antes.

(Médico: Inovação Profissional)

Esta situação, analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 208), é definida como uma estratégia de valoração simbólica empregada pelos indivíduos situados em posições intermediárias, que estão freqüentemente caracterizadas por “moderação”:

... os indivíduos valorizam positivamente aqueles bens que sabem estar ao seu alcance, e, em quanto indivíduos cujo futuro pode não estar inteiramente seguro, podem mais valorizar aquelas formas simbólicas que os possibilitam empregar seu capital cultural enquanto preservam seus limitados recursos econômicos.

No cenário assistencial, pode-se constatar a mudança na mente dos trabalhadores que, na procura de garantir os ingressos advindos do pagamento dos atendimentos por SIS/SEG, já não facilitam os atendimentos de ajuda sem pagamento

que anteriormente foi a cultura do Hospital durante muitos anos. Considerando os antecedentes de instituição de beneficência deste hospital, eles manifestam que o não pagamento da consulta pelos ingressos do hospital vai prejudicar a distribuição mensal da cesta de alimentos que eles recebem como trabalhadores geradores de recursos.

Nesse sentido, posso inferir como a cultura dos grupos numa instituição pode mudar suas atitudes, quando são ameaçados por algo, considerando os baixos salários e a crise sócio – política e emocional, que permeia a população peruana e atinge o setor saúde.

Diante disso, Geertz (1989, p. 214) destaca que:

... essa espécie de mudança social da mente é muito mais fácil de sentir do que documentar, não apenas porque suas manifestações são variadas e indiretas, mas também porque são hesitantes, marcadas por incertezas e contradições.

É importante ressaltar que estas idéias podem até fundamentar-se na verdade, mas, num dado momento histórico ou num instante, tendo em vista a defesa dos interesses da classe dominante e a manutenção do estado de servidão e obediência cega por parte dos dominados, elas se desligam da realidade quando sentem o risco de perder seus interesses econômicos.

Geertz (1989, p.60) referindo-se a cultura e natureza do homem, enfatiza que:

... Entre o padrão cultural, o corpo e o cérebro foram criados um sistema de realimentação (feedback)

positiva, no qual cada um modelava o progresso do outro, um sistema no qual a interação entre o uso crescente de ferramentas, a mudança da anatomia da mão e a representação expandida no polegar no córtex é apenas um dos exemplos mais gráficos. Submetendo-se ao governo de programas simbolicamente mediados, para a produção de artefatos, organizando a vida social ou expressando emoções, o homem determinou, embora inconscientemente, os estágios culminantes do seu próprio destino biológico. Literalmente, embora inadvertidamente, ele próprio se criou.

Os serviços assistenciais do SIS/SEG do Hospital, onde a enfermeira se desenvolve, requer enfatizar numa administração humanizada, onde possa permear a participação, solidariedade, respeito da função autônoma muito mais do que a autoridade para garantir a satisfação das principais necessidades humanas. Dessa maneira, o Estado pode sair da burocratização em que se encontra e preservar as funções profissionais que, segundo Jiménez (1995, p. 37), são:

... respeto a la trascendencia histórica, la filosofía de vida, el trabajo, el cuerpo de conocimientos propios, la práctica de la ética y la socialización que sólo será posible con el desarrollo personal permanente y la innovación profesional practicada con autonomía. Esto va a garantizar una identidad con argumentación propia del conocimiento y la experiencia, así como el fortalecimiento de la imagen profesional de la enfermera.

A respeito, Mafesoli (1996, p. 305) ressalta que:

"a imagem é talvez um pouco mais forte, mas será que ilustra as múltiplas mudanças que constituem um mesmo indivíduo?", pois o indivíduo só pode ser definido na multiplicidade de interferências que estabelece com o mundo circundante. O seu jeito é

um "efeito de composição" e provém desse processo o seu aspecto "compósito e complexo".

A enfermeira do Hospital, confronta e compartilha com seus pares, na prática, e nas suas inter-relações com os escolares, e os membros da equipe de saúde, porém permanece segura para executar a sua função. Concordo com Mafesoli (op.cit) no sentido de que ela é uma profissional multifuncional numa organização diversa e complexa.

Por outro lado, Neuhauser (1992, p.7) cita:

... numa pesquisa realizada nos Estados Unidos em vários hospitais, foi detectado que existem diferenças substanciais nas estruturas organizacionais em termos de formalização, orientação para tarefas e orientação para o tempo, entre médicos, enfermeiras, técnicos de apoio, e administradores hospitalares. Tais diferenças estão fortemente relacionadas aos centros de poder existentes no hospital, que normalmente são de diferentes tipos, a saber: a alta administração, o conselho dos proprietários, os médicos; e os demais profissionais, com destaque para as enfermeiras.

Esta situação se apresenta nos mesmos termos no Hospital, onde a enfermeira tem um importante nível de responsabilidade, considerando que o sujeito de atendimento é o escolar, cujos procedimentos, linguagens, atitudes entre outras, têm que ser específicos e com um componente humano e de defesa da vida; Contudo, a natureza da atuação da enfermeira possibilita a existência de mais de uma linha de autoridade na organização hospitalar, compartilhada por médicos, administradores e as chefias da instituição.

Quanto à concepção dos usuários relacionados aos seus direitos, cabe descrever as implicações culturais e ideológicas do SIS/SEG.

Das sete depoentes, seis relatam que na execução do programa existe uma concepção errada do direito por parte da comunidade quanto à distribuição geográfica de atendimento, uso inadequado dos medicamentos e exigência dos recursos, reconhecendo a necessidade de uma administração, e de ter claro que os recursos do estado são poupados através dos juros que a comunidade tem como responsabilidade através do pagamento. As falas evidenciam isto:

... cada dia vou encontrando gente que exige a gente coisas que o seguro não brinda, e eles vem a dizer com direito que o governo pregoa que têm todo ... escolares que pertencem ao Hospital Regional de Trujillo solicitam atendimento neste hospital, não podemos negar-lhes diante a necessidade de atendimento, temos que usar os recursos de nossos assegurados.

(Enf. Socialização)

... tocante ao cuidado, a comunidade aproveitava só para dispor de medicamentos que nunca tiveram na mão para dar um tratamento completo para seus filhos, a população fica mais responsável ... por outro lado mesmo que eles têm capacitação respeito ao SEG nas escolas e na comunidade, não se faz bom uso do SEG.

(Enf. Autonomia)

... o armazém de farmácia foi mais bem implementado, e muitas vezes tinham o medicamento e eu não sabemos porque razão eles não deram aos usuários ...

(Enf. Desenvolvimento pessoal)

... a comunidade respondeu aceitando ao governo e acreditando neste serviço com todas as bondades feitas na

difusão, o que motivou um caos nos estabelecimentos ... a equipe de saúde não podendo cumprir com as expectativas da população ... as limitações de recursos, eles pensaram que a equipe de saúde não facilitava este serviço especialmente as enfermeiras.

(Enf. Ética)

... o aspecto econômico, social e também aspecto cultural deixa-se notar e eles pensam que nós temos que adquirir de toda maneira os medicamentos ... dar ao escolar doente.

(Enf. Filosofia)

... Outras das preocupações que eu sempre tive é a inspeção dos medicamentos porque sempre existe uns moveis pequenos que estão rotulados com o nome e o número da cama de cada paciente escolar para garantir que os medicamentos sejam usados oportunamente ...

(Enf. Ideal de Serviço)

Para abordar esta situação, é preciso conhecer qual é o significado ideológico que tem o conceito de direito para a população que procura o atendimento da saúde no Hospital Belém. Os cidadãos nessa imperiosa necessidade de participar do SIS/SEG e diante a situação crítica da sua vida socioeconômica e da doença, e com todos os oferecimentos recebidos através da mídia a respeito do SIS/SEG, e não dúvida em fazer uso dele às vezes na conhecem os pormenores das normas quanto à cobertura, documentação, níveis de atendimento, estoques da farmácia dos estabelecimentos de saúde, entre outros, e criam formas de fazer uso deste programa através das determinações institucionais.

Ao analisar esta situação pelo conceito de ideologia de Thompson (1995.), pode-se constatar as formas

simbólicas, doutrinas e idéias que desafiam, contestam e rompem o “status” quo.

Ainda, Thompson (op.cit p. 90- 91) enfatiza que:

O estudo da ideologia deve de fato, interessar-se por formas simbólicas contestatórias, críticas, pois poderão ajudar a realçar – como a rebelião realça um regime opressor ... mas formas simbólicas contestatórias não são ideológicas, de acordo com a conceição que eu aqui propus ... formas ideológicas podem, ser certamente desafiadas, criticadas, contestadas e destruídas, e elas, freqüentemente, são de fato desafiadas, tanto explicitamente, em ataques articulados e organizados, como implicitamente, nas trocas simbólicas corriqueiras do dia a dia ... podem ser descritas como ... formas incipientes da crítica da ideologia.

A consideração de Thompson (op.cit), me leva a fazer uma análise da cultura do povo peruano, que num movimento espiralado, fica alerta, na procura, primeiro, de lealdade, pois acredita em tudo que vem do Estado, depois das suas experiências e circunstancias de sua vida como cidadão, reforçando o seu papel como indivíduo político, interessado no desenvolvimento das mudanças relacionadas ao seu contexto, e que recebe através dos meios de comunicação. Uma evidencia disso são as organizações formadas nas ruas, condomínios, associações de pais, clubes de mães, onde ele se desenvolve como ator social ativo.

No Perú, é muito comum encontrar e participar de conversações entre pessoas que não se conhecem, mas circunstancialmente se encontram num banco, no ônibus, no táxi, na filas no mercado, e o tema mais acessível é o político, pois é um indivíduo informado,

além das diferenças educacionais, intelectuais, de gênero, idade, entre outras, num espaço onde se avaliam os programas sociais de impacto, as mudanças legais, a situação econômica, e ultimamente a crítica dos atores e movimentos políticos, e as experiências tidas por eles no dia a dia, que eu posso assegurar, se trata dum sentido de cidadania muito resgatável num país em desenvolvimento.

Thompson (1998, p.296) a respeito da nova cultura da mídia, declara:

Mas novos meios técnicos tornam possíveis novas formas de interação social, modificam ou subvertem velhas formas de interação, criam novos focos e novas situações para a ação e interação, com isso servem para reestruturar relações sociais existentes e as instituições e organizações das quais elas fazem parte.

A situação se torna mais perigosa, porquanto a população, não só recebeu informação política; pois, a mídia dos últimos tempos tornou-se outro tipo de poder chamado “rating”⁵¹, numa ansiedade de obter audiência de toda a população. Neste sentido, o que se vende mais nestes espaços é sexo, notícias mórbidas, violência, situações vivenciais da crise moral do país nos chamados “talk show”, que sendo assistido por crianças, pessoas com limitações intelectuais, emocionais e sociais, desempregados; misturaram as informações e foram motivados a uma aprendizagem de tudo, numa aplicação desta aprendizagem

⁵¹ Este termo no Brasil, pode ser entendido como maior audiência.

voltada para procurar interesses pessoais e sociais que consideram direitos ganhados pela cidadania.

Acredito que a comunicação oriunda destes meios é um espaço estratégico de transmitir um sentido ideológico à população, numa realidade objetiva e que é atual, na qual a cultura desses meios entra na intimidade da vida familiar sem respeitar os momentos, os espaços, as circunstâncias de vida, as crianças, a identidade nacional, numa forma agressiva, que é alienante e não dá opção para reflexão. Geertz, (1991, p. 76) ressalta que:

... falamos dum fenómeno que é bastante geral e específico ... uma alteração radical dos princípios da própria cartografia. "Algo que está acontecendo ao modo em que pensamos, sobre o modo em que pensamos"

Situação que está inserida na estratégia ideológica que Thompson (1995, p. 87-88) chama de reificação na modalidade de naturalização, e define como:

Processos são retratados como coisas, ou acontecimentos de um tipo quase natural, de tal modo que o seu carácter social e histórico é eclipsado ... um estado de coisas de coisas que é uma criação social e histórica, resultado inevitável de características naturais ..

Nesse contexto, é comum falsificar documentos, fazer uso incorreto dos recursos que o Estado oferece, que se faz desde os mais altos espaços de poder até os espaços mais simples do povo, entre outros; num significado de fenômenos sociais chamados: "eu sou vivo", quer dizer, assumir uma qualificação de sagacidade por ter feito uma ação pouco legítima,

que, segundo ele, ninguém percebeu, mas serviu para ele conseguir seus objetivos propostos.

Esta situação pode ser analisada pelo conceito de ideologia de Thompson (1995, p. 117-118) nos termos da teoria geral da reprodução social:

... pode ser vista como uma resposta parcial à seguinte questão: porque as sociedades em geral, e as sociedades capitalistas contemporâneas em particular, se matinem, a pesar das divisões e desigualdades que as caracterizam ... ela enfatiza a importância dos valores e crenças socialmente partilhados, a forma como são difundidos e outros para ajudar a manter a ordem social nas sociedades baseadas em divisões de classe, contudo esta teoria pode ser deficiente.

Na prática assistencial do Hospital, o que aconteceu na vida da população peruana, neste caso do cidadão desta região, não pode-se falar de suprir ou renovar os meios de produção e subsistência pela situação de carência que nossos povos viveram, o que leva ao continuo rompimento das relações sociais existentes de crise e conflito. Nesse contexto, a reprodução dos valores e crenças socialmente partilhados exige a provisão contínua e renovação das formas simbólicas que ajudariam a moldar as ações e as atitudes dos indivíduos, situação que não tem a força, necessária, pois a provisão e renovação contínua de formas simbólicas alienantes vindas dos meios de comunicação favoreceram a submissão contínua dos indivíduos às regras e convenções normativas de ordem social em vez de valores e crenças centrais como: liberdade, democracia, igualdade de oportunidade, soberania do parlamento,

deixando de lado os valores e crenças que são específicos aos papéis e posições dos indivíduos e grupos de poder que estão localizados diferencialmente na divisão de trabalho.

Este estudo pode mostrar que o grau de divergência e oposição nas atitudes da população, dos membros da equipe de saúde, tem uma variação importante; encontrado nos depoimentos das enfermeiras mais consenso e mais consistência interna em seus valores e crenças de que os outros membros da equipe, contrariamente ao estudo de Thompson (op.cit), onde a classe trabalhadora mostrava menos consenso e menos consistência interna em seus valores e crenças de que os responsáveis da classe média.

Na situação de Perú, os governos locais são responsáveis pela gestão do atendimento básico; situação que também já se deu no Brasil, o que posso ilustrar nos estudos em que Arrete (2003, p. 335) destaca:

... a autonomia local para a gestão de políticas, cria oportunidades institucionais para que os governantes implantem decisões de acordo com suas próprias preferencias, as quais não são necessariamente competíeis com o interesse público ou bem-estar da população.

No cenário social do Hospital, acontecem ações paralelas que afetam e lesionaram o equilíbrio funcional dos processos normais que tiveram implicações nos usuários ao que eles foram respondendo parcial ou totalmente, como ressalta Thompson (op.cit), dependendo dos valores e crenças socialmente partilhados nas famílias dos escolares,

maior o grau de violência na forma como eles recebem a difusão das informações e outros; assim como os cortes econômicos para os programas sociais vindos desde os níveis centrais aos governos locais não ajudaram a manter a ordem social que requer uma administração com justiça. Isto tornou-se um círculo vicioso que gerou confrontos permanentes.

Para esta situação, foi selecionada uma passagem da observação seguinte:

... A trabalhadora social refere que suas colegas concluíram que o SIS/SEG não está chegando as pessoas que necessitam e fala que está apresentando muito favoritismo derivado das amizades ... olha só, nós está chegando usuários de extrema pobreza e só estão recebendo apoio parcial, isto implica uma situação de impotência em nossas decisões, mais faz questão de um mês que deram poder as assistentes sociais para fazer as inscrições em emergência, isto como é de nosso conhecimento; saindo da norma, pois ela diz que tem que ser inscrito no centro de saúde da jurisdição onde pertence o usuário; eu considero que é um logro das trabalhadoras sociais diante esta injustiça social.

Considerações finais

O processo de implementação do SIS / SEG foi caracterizado por momentos ainda em construção, cujos elementos identificados são: atividades e estratégias das enfermeiras; racionalização do programa; controle social e exercício do poder estadual.

As políticas, as normas e os regulamentos, que a equipe de saúde e as enfermeiras estiveram atentas para a implementação do SIS/SEG, estiveram relacionadas as implicações ideológicas do programa quanto á criação do programa sem planejamento; difusão maciça pela mídia e a (re) formulação constante do programa.

No cenário de estudo, constata-se que as depoentes prestaram atendimento improvisado, funções sem ter as informações corretas e apoio legal.

Diante dos questionamentos da equipe de saúde e da comunidade, e da falta de compromisso assumido do pessoal de saúde, estas limitações geraram um trabalho carregado de confusão e conflito.

Pode observar-se que o acesso ao atendimento de saúde ainda não é fácil para as crianças por não contar ainda com a documentação de identidade para sua inscrição, mesmo que o governo já tem estabelecido; e porque ainda não existem condições estruturais e de equipamento para atender este objetivo.

Constatei que as atitudes de beneficência do Hospital mudaram, na sua cultura, pois os recursos garantem a implementação dos serviços hospitalares, e, contudo, a prioridade foi a cesta familiar que receberam mensalmente os trabalhadores para equilibrar sua economia precária devido aos baixos salários, reforçando o custo do Programa CRED (Crescimento e Desenvolvimento do Menino Sadio).

Observou-se que a cultura de participação de controle do Estado assumida pela cidadania entre os diferentes níveis de participação permeou algum grão de corrupção nas instituições estatais, favorecendo a efetivação das relações de poder que são negadas ou ocultadas e desviadas da atenção das pessoas.

As enfermeiras mencionaram a difusão que o Estado faz através da mídia, que transformaram, em verdadeiros espetáculos, os acontecimentos selecionados para se tornarem notícias.

Constatou-se que as diretrizes foram reformuladas constantemente, provocando confusão, conflito, sobrecarga de atividades, desvio do sentido dos objetivos, falta de respeito e aos direitos humanos do escolar e da sua família e da comunidade. As enfermeiras, implicitamente, foram assumindo a responsabilidade de responder as novas mudanças, como ponto referencial de conhecimento diante as dúvidas do resto de pessoal.

As limitações da governabilidade das instituições de saúde, como consequência das "reformas", não foram acompanhadas pelas políticas econômicas e, no caso sim da mídia, gerando polêmicas e desigualdades.

As formas de atendimento das enfermeiras foram: cuidados prestados aos escolares; desvio e sobrecarga de funções; conhecimento integral dos escolares e suas famílias e a comunidade; administração da prescrição de medicamentos e reduzida participação em desenvolvimento de pesquisa.

Os cuidados oferecidos pelas enfermeiras à crianças do SIS/SEG foram permeadas por implicações ideológicas e culturais com especialidades a saber: justificativa científica e humana; equidade; autodeterminação; integração profissional; missão de ajuda pessoal e em equipe; critério de prevenção de perigo diante das negligências; competência administrativa, ideal de serviço, questionamento crítico permanente quanto às influências político-sociais e econômicas; e identificação com o sujeito de cuidado. Além disto, as enfermeiras narraram que diante das circunstâncias que colocaram ao escolar em risco elas assumiram ações autônomas.

O cuidado dos escolares pelas enfermeiras no Hospital, se desenvolveu com carências básicas, pois o atendimento à comunidade a exceção do SIS/SEG, não foi subvencionado pelo Estado, caracterizou-se por um equipamento precário, obsoleto e pessoal de enfermagem escasso.

O escolar foi proveniente, em maioria, de famílias muito pobres, com carências de recursos humanos e financeiros, assim como com limitações sócio econômicas da própria enfermeira, contudo ela mantém a missão profissional.

Diante as carências dos escolares, as enfermeiras estabeleceram estratégias como transferir, com responsabilidade, os recursos de um usuário para outro; telefonar a enfermeira de outro serviço, com o objeto de atender a necessidade do escolar. Diante da necessidade de um procedimento profissional, elas lançaram mão da sua espiritualidade, além do conhecimento e da prática crítica de suas funções, complementando com as qualidades peculiares da mulher peruana, que são: inteligência, trabalho, sacrifício. Elas desafiaram os obstáculos da vida com alegria e valentia, mas estas posições se deram no interior da instituição como situações isoladas que não estão escritas, mas que acredito, são formas para iniciar as transformações futuras.

Na prática, observou-se que as enfermeiras prestaram cuidados, de forma crítica, na defesa dos direitos dos escolares. Ao resguardar o cumprimento destes direitos, ela se encontrou em conflito, devido as contradições geradas pelo profissionalismo e a limitação de sua autonomia.

A enfermeira teve uma sobrecarga de trabalho devido a demanda e o déficit de pessoal no hospital; pouca participação na tomada de decisões; ambiente de trabalho extremamente competitivo; pouco tempo de dedicação a suas famílias e a elas mesmas; grande número de pacientes por enfermeira e poucos recursos materiais.

As chefias utilizam estratégias de alienação na prática das enfermeiras, ocasionando o aumento de tarefas o que motivou a capacidade de reflexão crítica; com isto surgiram reações de insatisfação generalizada, sensação desrespeito, entre outras.

A designação da enfermeira chefe indicada pelo chefe do hospital num cargo de confiança e não por linha de carreira profissional, demonstrou um ato político, numa forma simbólica da presença do chefe do hospital no Departamento de Enfermagem, resultando um conflito entre as enfermeiras dos serviços.

Outras enfermeiras com competências relacionadas a capacitação em cursos de pós-graduação no contexto hospitalar, não foram consideradas para assumir por concurso esta chefia nos termos legais da Lei da Enfermagem Peruana.

Acredito que a enfermeira detém um capital cultural que favorece sua interação com os indivíduos de diferentes posições sociais; e também um capital simbólico de legitimidade, status e reconhecimento. Elas têm um capital econômico carente pela realidade peruana, que transforma numa forma simbólica ao mostrar sua capacidade de competência, organização e de administração como um significado de poder funcional mais legítimo que o capital econômico.

Na prática constatou-se a alta responsabilidade atribuída ao médico e a pouca capacidade deste para tomar decisões quando se trata de aumento de trabalho; com isto, leva à enfermeira a assumir esta responsabilidade que gera limitações na sua prática.

Outra estratégia da enfermeira foi seu conhecimento dos escolares, e suas famílias e a comunidade, dentro da realidade político-social, cultural, econômica, emocional, entre outras, que lhe ajudou a prestar um cuidado mais equitativo. As depoentes consideraram que a crise política social do Peru, não permite o desenvolvimento normal dos ciclos de vida das pessoas, e as declarações que os escolares têm assumidas as responsabilidades dos adultos, declararam a tese que os escolares herdaram uma cultura de ficar à defensiva de seus direitos.

Considero que a enfermeira ao ter capacidade de conhecer o mundo cultural dos escolares, ela também tem capacidade de aceitar-se culturalmente quanto à particularidade pessoal e profissional. Ao analisar os significados das falas dos escolares e seu comportamento individual, seus gestos, suas maneiras de aceitar ou rejeitar o cuidado e a forma de encaminhá-lo a seu bem-estar, as enfermeiras descobrem opiniões e linguagens que a mídia fez tornar-se familiares.

Constato que se globaliza não só as instituições políticas e as estratégias econômicas, sem não também as ideias e os padrões sócio - culturais de comportamento.

No cenário de estudo, observa-se que a criança na convivência com os seus pares, através da proposta da enfermeira na realização de atividades e rotinas, apreende a enfrentar medos, representar fantasias e cenas do cotidiano, como terapias para lidar com experiências negativas.

As enfermeiras ao narrar limitações no atendimento quanto à carência de medicamentos por diferentes motivos: não abastecimento nas farmácias, prescrição incompleta, ou de medicamentos comerciais que o SIS/SEG não conta; não capacidade de compra da família, dos medicamentos que não tem nas farmácias elas consideram esta situação como um desrespeito no trato aos escolares que não são assegurados, pois eles tem que comprar os medicamentos prescritos; mas, mesmo que se apresentem estas situações, a cultura do trabalho das enfermeiras permite o atendimento de qualquer maneira, além das limitações.

Quanto aos recursos e coberturas estabelecidas; o risco dos erros na administração de medicamentos devido a letra ilegível da prescrição, sobrecarga de serviço; número insuficiente de enfermeiras; cansaço; pressa; estresse e não realização do tratamento; as estratégias estabelecidas foram relacionadas a comunicação com a equipe médica, a família, os chefes, ARSE a fim de evitar conflitos.

A não realização de pesquisa, pelas enfermeiras é uma preocupação que se torna evidente e precisa de urgente atenção. Na prática observou-se que isto limitou a coleta de dados como espaço intermediário do controle do SIS/SEG. Isto demonstraria um grande compromisso com o controle do SIS/SEG, que poderia ser realizado sem cair no obstáculo epistemológico da prática da Enfermagem; e objetivar propostas com argumentação científica, e crítica acerca dos serviços como indícios reais dum movimento profissional, que precisa ser veiculado até a transformação das normas governamentais.

Constatou-se que a enfermeira do Hospital, nessa época sem pertencer as instituições de ensino (universidades), orientaram, supervisaram as práticas das estudantes de Enfermagem, muitas vezes, na ausência da enfermeira docente responsável. Nos últimos anos pode-se observar que as instituições universitárias, através das Faculdades de Enfermagem, deram um certificado de reconhecimento docente as enfermeiras da prática; a enfermeira assistencial inclui as suas responsabilidades as atividades docentes na avaliação anual da instituição de saúde, mas esta certificação teve apenas valor nominal e não econômico. Após do tempo já foram contratadas nas universidades.

Considero que a enfermeira assistencial recebeu na sua prática as pressões ideológicas internas através da estratégia, advinda das chefias e outros membros de equipe de saúde, e da racionalização pelos docentes de Enfermagem, situação que se tornou asfixiante e ameaçadora ao desenvolvimento duma prática epistemológica profissional de Enfermagem.

Constatu-se que, na realidade peruana, o processo de atendimento aos escolares do SIS/SEG dependeu do acesso

geográfico, educação, economia, seguridade do trabalho; disponibilidade da variedade de recursos disponíveis; conduta do pessoal de saúde e de agentes tradicionais comunitários; cultura dos povos, as coberturas de inclusão – exclusão.

Algumas enfermeiras consideraram, que a população não deve ter tudo de graça, e que os escolares com recursos financeiros não deveriam fazer uso deste serviço, enquanto outras declaram que o SIS/SEG deve ser para todos sem exceção, como uma conotação de equidade. Este conflito, tem a ver com a reprodução das vivências de carências e insatisfações, que não precisa difusão, para ser sentida pela maioria, gerando uma ideologia de contestação. O povo começa a partilhar suas necessidades permeadas de crenças e valores próprios, e a enfermeira é parte dele.

A exclusão em saúde inicia-se desde a denominação setorial da sua criação até as coberturas em termos dos grupos populacionais; e os “incluídos”, são excluídos desde o momento que não sentem-se satisfeitos; no Hospital tem um significado de restrição permanente, pôde-se avaliar isto neste momento com as queixas dos usuários ou a enfermeira na procura de algum material, fomentando-se um espaço de contradições e (dês) cumprimentos.

Constatou-se a situação de impotência que a população sentiu diante um serviço recebido incompleto e que não respondeu as suas expectativas, como resposta ao seu desespero conforme o grau de conhecimento do SIS/SEG, nível de instrução; compromisso com os problemas sociais; cultura da população, que tem características desde a resignação, grito temperamentais, negativa à compra de algum recurso necessário ou trazer algum documento que falta; ir a imprensa e denunciar, seguido de anúncios de impacto dos jornais quanto ao atendimento na instituição de saúde, expondo nomes de trabalhadores, que são admoestados, acompanhado de um desmentido com o depoimento da autoridade de saúde, na defesa das normas; isto se tornou um circulo vicioso que segue num continuo.

A distribuição desigual de recursos se deu, além das políticas de saúde de exclusãoç pelas contradições no tocante ao grau de

conhecimentos das normas; compromisso institucional assumido pela equipe de saúde, pelas limitações quanto aos recursos necessários e aos preconceitos e ideias preconcebidas dos trabalhadores de saúde a respeito da raça, situação sócio econômica, geográfica, entre outros.

Constatou-se que os usuários ao não ter satisfeitas suas expectativas, tiveram a capacidade de organizar movimentos sociais, colocando em risco a tranquilidade e a democracia social, numa luta que transforma seus hábitos, seus costumes e os pensamentos que tem sob seus próprios direitos sociais num indício de transformação cultural.

Considero que a enfermeira valorizou muito as mensagens e seus significados, que afetaram ou satisfizerem ao usuário, teve e tem uma cultura de trabalho, e demonstrou ter conhecimento das particularidades do mundo cultural de cada um dos escolares, que tratou de harmonizar, com as culturas diversas, as mensagens que tem vários significados para aos povos da região, neste caso, o que fez dela uma profissional, que respeita sua história, se projeta no futuro e vive num presente dinâmico; características básicas de um pesquisador. Atualmente ela já se propôs a desenvolver pesquisas.

Vale destacar a contradição no tocante aos direitos humanos dos escolares, que foram e são violados permanentemente e que nos termos exatos da Lei Geral de Saúde advinda da Constituição Política Peruana, diz: " a responsabilidade do Estado na provisão de serviços de saúde pública é irrenunciável, e é seu dever intervir na provisão de serviços de atendimento médico com acordo com os princípios de equidade". " Toda pessoa tem direito a receber em qualquer estabelecimento de saúde ...", considero que só tem um significado de metáfora, pois no cenário de estudo, os indivíduos não gozaram destes direitos.

Outra estratégia das enfermeiras, foi fazer bom uso dos recursos, quanto as prescrições preenchidas de forma correta e otimização dos recursos existentes. Elas fizeram menção à criatividade que elas usam diante da carência destes como: desenvolvem ações para obter recursos pulando instâncias; fizeram convênios internos, dividindo um programa com o outro; emprestando medicamentos

dos pequenos estoques; garantem o tratamento completo mesmo que falte algum documento; solucionam as limitações pela falta de conhecimento de algumas áreas, que tiveram implicações com o SIS/SEG; controlaram os recursos para evitar a saída dupla na mesma prescrição.

Constatou-se que no Hospital, as enfermeiras enfrentaram problemas nos serviços, que exigiram ações conjuntas de parceria com a equipe de enfermeiras de outros programas ou serviços, possibilitando soluções a problemas específicos com um esforço menor e com melhores resultados finais.

Acredito que a enfermeira do Hospital, configura em quadro de resposta crítica com argumentação científica; prova disto é que das 120 enfermeiras, 25 tiveram na época grau de Mestrado; e na prática, mesmo que não tenham avançado um espaço conforme o seu nível; a sua presença exigiu um tratamento mais respeitoso, e assumiram outras responsabilidades fora do hospital como chefes de projetos não governamentais, dedicação a outras atividades profissionais, como docência, espaços políticos, empresariais, entre outros.

Constatou-se que o posicionamento do pessoal médico e de Enfermagem diferem, no que se refere à filosofia de trabalho, à forma de pensamento, ao objeto e sujeito de atendimento; mesmo que as enfermeiras se preocupam pelo financiamento do SIS/SEG como o pessoal médico, sua maior preocupação tem a ver com os critérios de equidade, de tratamento humanizado, de solucionar os problemas que limitam o cuidado, ou seja de garantir um atendimento integral, oportuno com qualidade. O pessoal médico, tem maior preocupação por garantir o pagamento e declara com mais ênfase o aspecto econômico.

Constatou-se que as contradições geradas numa administração que teve carências de ordenamento quanto à boa distribuição dos recursos. Por um lado, as enfermeiras atuaram oportunamente na tramitação da documentação para evitar manter aos usuários hospitalizados mais do tempo que corresponde; por outro lado, o fato de que o expediente de alta passa por muitas mãos, não garantiram a oportunidade de tramitação total do processo de alta, gerando incerteza por parte

da família dos escolares com implicações, sócio - econômicas, emocionais, entre outras, e também para o hospital uma perda econômica, e a possibilidade de não contar com leitos disponíveis diante as necessidades da comunidade.

Observou-se a capacidade por parte da enfermeira de captar a necessidade do escolar, e imediatamente ela se colocou a seu serviço na possibilidade de ajudá-lo a fazer frente as suas carências e limitações. Desta forma, constatou-se que não é só ajuda material que o escolar necessita; é também a oportunidade da enfermeira de ajudar-se mutuamente a encontrar-se como indivíduo, em situações de crise. Entretanto, a comunicação das enfermeiras tem contrapontos com as mensagens que a comunidade recebe por parte da mídia, criando conflitos nos processos de atendimento e também interpessoais.

Destaca-se que os afetos, as emoções, as intenções, as relações desenvolvidas no Hospital, tiveram significações diferentes, para cada um dos companheiros de trabalho, pois tem uma existência própria, e que, todos juntos, constituem a estrutura social do campo "Hospital", mas com grandes desafios.

Os processos de obter satisfação das principais necessidades humanas, no atendimento em saúde no Hospital, só poderão ser possível num atendimento humanizado, onde exista a participação e a solidariedade, muito mais do que a prática da autoridade. Cabem estas duas tarefas ao Estado antes de seguir mecanicamente as normas impostas pelo regulamento da administração e praticar a cidadania das dimensões culturais e as diferenças dos grupos sociais, que compõem a sociedade peruana, para formular as políticas públicas.

As situações dos países da América - Latina, necessitam da vontade e da prática de políticas de saúde, que respondam as expectativas na realidade local, cultural, sócio - econômicas, emocionais, biológicas, entre outros; dos cidadãos, na diversidade de contextos e circunstâncias, pois mesmo que eles se sintam afetados pelas limitações recebidas, também estão controlando o desenvolvimento das instituições de saúde, e estão cada vez, mais alertas.

Finalizando, acredito que este estudo possa ser um ponto de partida para um maior conhecimento acerca do assunto em questão, numa perspectiva de configurar-se numa proposta de transformação das políticas sociais, especialmente das de saúde na criança baseado no respeito dos direitos humanos, e na equidade, num contexto de novas dimensões e dos novos problemas, que se apresentem e que precisem também de novos enfoques.

Referências

- ACOSTA SUAREZ – MEDINA ARTILES. ; “Líneas de Investigación en Enfermería”. En **Revista Cubana Enfermería**. v. 13 II 1997.
- ALMEIDA. C. de : Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências e mudanças. **Revista Ciência e saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 4, n. 2, p. 436, abril - junho 1999.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de e ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O Saber de Enfermagem e suas dimensões práticas**.2º ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVARADO V. Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. **Interculturalidad y Política desafíos y posibilidades**. Instituto de Estudios Peruanos, IEP.1era. Ed.Norma Fuller. Perú, 2002.
- ANDRÉ, Morli; ELIZA, D. **A Etnografia da Prática Escolar**. Ed. Papirus. Campinas. 1995.
- ARAMBURU C. FIGUEROA C.. **Políticas Sociales en el Perú: Nuevos Aportes .Pobreza extrema y exclusión social: el caso de Lima**, Instituto de Estudios Peruanos, IEP.1era. Ed. Perú, 2001.
- ARAÚJO, Z. de : Avaliação dos Programas de Saúde: A eficiência em Questão. **Revista Ciência e saúde Coletiva**. ABRASCO. Rio de Janeiro. V. III - n. 1 - p. 173, janeiro – março 1998.
- ARRETE M. Economia e Gestão da Política de Saúde. **Revista Ciência e saúde Coletiva**. ABRASCO. Rio de Janeiro. V. VIII - n. 2, 2003.

- ARROYO, J. **Salud: La reforma silenciosa**. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Publica y Administración. Perú. 2000.
- AYRES J. O sujeito e a subjetividade na praxes. da saúde. **Revista Ciência e saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 6, n. 1. 2001.
- BACHELARD G. **A formação do espírito científico. Contribuição para uma análise do conhecimento**. 1º ed.Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1996
- BOGDAM, R.; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1994.
- BOURDIEU, P. **Les rites comme actes d'intituiton**. Paris: **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, jan., 1982.
- BRAVERMAN, Henry. **Labor and monopoly capital: the degradation of work in the twentieth century**. Nova York, Montly Review Press. 1974.
- CAPRA F. **“O ponto de Mutação”** Local: Cultrix 1982.
- CASTORIADIS, Cornelius. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- CAVALCANTE F. . O sujeito e a subjetividade na praxes. da saúde. **Revista Ciência e saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 6, n. 1. 2001.
- CHAUÍ, Marilena de S. **O que é ideologia**. 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CIBANAL, L. E ARCE C. **La relacion enfermera / paciente**, Ed. Secretariado de Publicaciones Unuversidad de Alicante Espana, 1991.

CONNOR, Steven. **Cultura pós-moderna**. Introdução às teorias do contemporâneo. Trad. Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 1992.

CORSARO, William A. **The Sociology of Childhood**. Pine Forge Press. Thousand Oaks. 1997.

COSTA N., RIBEROI J., SILVA P. **Reforma do estado e mudanças organizacionais: um estudo de hospitais públicos**. Revista da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.5,n.2, 2000.

CHETLEY, A. **Health Action International HAI-** Europ. 1995.

CORREA, Gisele Mussi. **Cargas de trabalho e desgaste do operador terminal de computador de um hospital público**. São Paulo, 1997.Dissertação (Mestrado)- orientada por Silva, Vanda Elisa Felli da, EE/USP •

CORSARO, W.) **The Sociology of Childhood**. Pine Forge Press. Thousand Oaks. 1997.

COSTA N. RIBEIRO J. BARROS P. ALMEIDA. C. de : Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Revista Ciência e saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 5, n. 2, 2000.

COSTA, S. "**Contextos da Construção do Espaço Público no Brasil**". Novos Estudos CEBRAP, n. 47, 1997.

DE BARROS R. : **Cultura Um Conceito Antropológico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1996.

DEGREGORI C. : **La Década de la Antropolítica**. 2ª ed. Lima - Peru: I.E.P. ediciones. 2001.

DEGREGORI C. PORTOCARRERO G. (org.): **Cultura y Globalización**. 1ª ed. Lima - Peru: Instituto de Estudios Peruanos. 2002.

DOS SANTOS J. **O que é cultura.ed. brasiliense**. Coleção 110, Primeiros Passos 2001.

DUCROT, O. **Dire et ne pas Dire**, Paris, Herman. 1972

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia.**, Edições Melhoramentos, Rio de Janeiro Brasil 1973.

EL PERUANO Diario Oficial Av. Alfonso Ugarte 873 Lima 1
El Presidente Alejandro Toledo **puso ayer en marcha el Seguro Integral de Salud (SIS)** martes, 9 enero 2002.

EL PERUANO Diario Oficial Av. Alfonso Ugarte 873 Lima 1
Fernando Carbone **aseveró que Seguro atiende también casos especiales**. . lunes, 3 junio 2002.

GEERTZ C.. **Local knowledge - Futher essays in interpretative anthropolgy**. Princeton: Basic Books, 1983.

GEERTZ, C. "**A interpretação das culturas**", Rio de Janeiro: Vozes.1989.

GEERTZ, C. "**Estar lá, escrever aqui**". Diálogo, 1989.

GEERTZ, C. "**Géneros confusos: la reconfiguración del pensamiento social**", en el libro: **El surgimiento de**

- la antropología posmoderna.** Editorial Gedisa. México. 1991.
- GEERTZ, C. **"O Crescimento da Cultura e a Evolução da Mente"**, III, Rio de Janeiro: Vozes.1996.
- GEERTZ, C. O beliscão do destino: A religião como experiência, sentido, identidade e poder. In: **Nova luz sobre a antropologia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- GELAIN, Ivo. **Significado do ethos e da consciencia etica do enfermeiro em suas relacoes de trabalho.** Sao Paulo, 1991. Tese (Doutorado)
- GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ. **Desafíos de las Políticas Sociales: Superación de la pobreza e integración Social en América Latina.** Lima Perú, 2002.
- HARTZ, Z. POUVOURVILLE G. Avaliação dos Programas de Saúde: A Eficiência em questão. **Revista Ciência e saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 3, n. 1, 1998.
- HOCHSCHILD, A.. **The managed heart: commercialization of human feelings.** Berkeley, University of California Press. (1983). HOLDEN, ROBYN J. Models muddles and medicine. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 27.n.3, 1990).
- ILIZARBE C. **Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. Interculturalidad y Política desafíos y posibilidades.** Instituto de Estudios Peruanos, IEP.1era. Ed.Norma Fuller. Perú, 2002.

ITURRA, R. **O Imaginário das Crianças. Os silêncios da cultura oral.** Lisboa. Fim do Século. Edições. 1997.

JACOBI P. saúde: Desafios da gestão local. **Revista Ciência e saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 7, n. 3, 2002.

JAMES, Alison ;JENKS, Chris; PROUT, Alan **Theorizing Childhood.** Polity Press. Cambridge, UK. 1998.

JIMENEZ K. **Profesionalismo, Autonomía, Satisfacción en el Trabajo y Características Socio familiares de las Enfermeras de la de la costa de la región La Libertad** – Perú. 1995.

JORGE, U. **Conceptos, organización e resultados del Seguro Escolar Gratuito** MINSA- Peru 2000.

JOHNSON J. en CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. **Políticas de Salud 2001 – 2006. Propuesta resumen.** 2da. ed.Lima Peru 2001.

JUNQUEIRA L. **Descentralização e Inter-setorialidade na Gestão Pública Municipal.** Texto preparado para exposição na CLAD 97, 1997.

2001.

JUNQUEIRA L. **Descentralização e Inter-setorialidade na Gestão Pública Municipal.** Texto preparado para exposição na CLAD 97, 1997.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto,** Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1995.

KOIZUMI, M. Fundamentos Metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Revista de Enf. USP,** São Paulo.V 26,n especial, 1992.

- LAPLANTINE F. **Aprender Antropología.** Ed. brasilense. São Paulo 2001.
- LIP, C. Los cambios en la profesión medica y sus implicancias. El caso del Perú. Educ. **Med. Salud local**, v.28, n.1, jan/maio, 1994
- LOPEZ, R.; PRETELL, L. **Santo Remédio**, 1º ed. Salud. Perú 1994.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.
- LUDWIG H. **Consumo, cultura e identidad en el mundo globalizado, estudos de caso en los Andes.** 1era ed. Lima – Perú. IEP Abril 2002.
- MAFESOLI, M. **No fundo das aparências.** Petrópolis, Brasil: Vozes, 1996.
- MAMFRED A. MAX-NEEF. **Desarrollo a escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones.** Icaria Edit. Barselona 1era. ed. Março 1994.
- MANN J., GRUSKIN, M., GRODIN AND G. ANNAS. **Health and human Rights: A Reader.** Published by Routledge, (1999)
- MELEIS, A. On the way to theoretical nursing: stages and dimensões. In: _____ **Theoretical nursing: development and progress.** Philadelphia: Lippincott, 1991. MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO. 2000.
- MINSA, PERU, OGE, PROYECTO VIGIA, **Interculturalidad en la atencion de salud. Estudio Socioantropologico de Enfermedades que cursan**

con Síndrome Ictero hemorrágico en ayacucho y Cusco. Lima 2001.

MINSA, OPS – IDMA. **Elementos para el análisis del sector salud.** Perú, 1992

MINSA. **Lineamientos de Políticas de Salud 1995 – 2000.**

MOSQUERA, J. & STOBAS, C. **Educação para a Saúde - Desafios Para Sociedades**

em Mudança. Porto Alegre: Edit. da Universidade, UFRGS, 1983.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

NEUHAUSER, D. The hospital as a matrix organization. **Quarterly Journal of the American College of Hospital Administrators.** Chicago, vol. 17,1992.

OLIART P. **Cultura y Globalización.** 1ª ed. Lima - Peru: I.E.P. ediciones. 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial.** Washington D.C.: OPS, 1998:3.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
Información de Prensa: Extender la cobertura de salud a más de 200 millones de personas en la Región. Washington,' DC, 2 de enero de 2003.

OMS . **Investindo em saúde.** Relatório de saúde mundial de 2000 (WHO, 2000)

OPS. **La salud en las Américas.** Publicación Científica Nro. 569, Vol.1, Oficina panamericana. Washington DC. 1998.

- ORLANDI, E. **As Formas do Silêncio No movimento dos sentidos.**São Paulo, UNICAMP. 1993.
- ORTIZ A. **Cultura y Globalización.** . 1ª ed. Lima - Peru: I.E.P. ediciones. 2002.
- PALOMINO J. en CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. **Políticas de Salud 2001 – 2006. Propuesta resumen.** 2da. ed.Lima Peru. 2001.
- PETRERA M. en Consorcio de Investigación Económica y Social. Diagnóstico y Propuesta 10. **La Salud Peruana em el siglo XXI. Retos y propuestas de Política.** Lima Perú, 2002
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo, Cortez, 1989.
- PIERANTONI C. A política de saúde no brasil nos anos 90, **Revista Ciência e saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 6, n. 2, 2001.
- PIMENTEL E. Ciências Sociais e Saúde: visões contemporâneas. **Revista Ciência e saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, ABRASCO,V. 8, n. 1, 2003.
- PINTO, G. **Trabalho Infantil no Meio Rural. De pequenino é que se torce o pepino (e o destino).** Oeiras. Celta Editora. (1998).
- POLIT, D – HUNGLER, B . **“Investigación Científica en las Ciencias de la Salud”.** 2da edic. Editorial Interamericana S.A, México(1987).
- PORTOCARRERO, F. **Políticas Sociales en el Perú: Nuevos Aportes..** Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú. 1º ed. Universidad del Pacífico. Perú 2000.

PORTOCARRERO G. KOMADINA, J. **Modelos de Identidad y sentidos de pertenencia em Peru y Bolívia**, Instituto de Estudios Peruanos, IEP. 1ª ed. Perú, 2001.

REICH, Robert B. **The work of nations. Preparing ourselves for 21st century capitalism**. Nova York, Vintage Books. . (1992),

Resolução Ministerial N.º 076-99-SA/AD, MINSA do 17/02/99, criação do Programa de Administradora de Risco de Saúde Escolar (ARSE).

Resolução N.º 398-2000 AS/DM MINSA. Programa SEG em 13 de Julho de 2001 foi denominado "Unidade de Seguro Público"

Resolução N.º a R.S. n.º 445-2001- AS MINSA do 31/10/2001 cria-se o Programa denominado "Seguro Integral de Saúde".

SIMON, Herbert A. **Models of Bounded Rationality**, v. 2. Cambridge, The MIT Press. 1982.

SOLARI L en. CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. FONCODES. **Desafíos de las Políticas Sociales: Superación de la pobreza e integración Social en América Latina**. Lima Perú, 2002

SOUZA L.N.A.; PADILLA M.I.C.S. A comunicação e o processo de trabalho na enfermagem. **Texto & Contexto**, Florianópolis, V. 2, n. 1, p. 11/30, Janeiro/abril 2002.

TAVARES, L. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**, Rio de Janeiro: 1998. Tese

(Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery
(Universidade Federal do Rio de Janeiro).

THOMPSON, J. **Ideologia e cultura moderna, Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa.** 3 ed. Rio de Janeiro: Vozes. 1995.

THOMPSON, John. **A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia.** Petrópolis, Rio de Janeiro Vozes, 1998.

THOMPSON, J.: **La media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación.** Paidós Comunicación ,Nº 101-Teoría. España. 1998.

TRAVASSOS, C. FERNANDES C. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde no Brasil. Trabalho apresentado no **III Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Salvador, Bahia, 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas 1995.

TYRRELL, M.A.R. CARVALHO, V. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil-Impacto Político-Social e inserção da Enfermagem.** Rio de Janeiro EEAN/UFRJ 1993.

TORQUATO M. Da Importância do princípio da proporcionalidade no serviço público. **Revista 4 PGM de UFC – UNIFOR**, São Paulo.V. 04, 1996.

UGARTE O. MONJE J. **Políticas Sociales en el Peru: Nuevos aportes. Equidad y reforma en el sector salud**, Instituto de Estudios Peruanos, IEP.1era. Ed. Perú, 2001.

VARGAS, N. M. **O Trabajo educativo em saúde em as comunidades rurales. As experiências da Enfermagem no Brasil e no Peru.** Rio de Janeiro, 1996 Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery (Universidade Federal do Rio de Janeiro).

VICH V. **Estúdios Culturales. Discursos Podere Pulsiones. Sobre cultura, Heterogeneidad,** Diferencia.1era. Ed. Lima - Perú 2001.

VIEIRA, T. **Comunicação Sindical.** Canoas, ULBRA, 1996.

VOESE, I. **O movimento dos Sem-Terra na Imprensa: Um exercício de análise do discurso** (uma versão preliminar) Campinas Brasil. 1996.

16 WEBER, M. **Educação e Comunicação.** Versão preliminar. (1997)

WALDOW, V.R.. **Cuidado Humano. O resgate necessário.** Ed. Sagra Luzzato 2da. Ed. Porto Alegre Brasil. 1999.

WHO. Relatório de Saúde mundial de, **OMS/OPS** 2000.

YAMIN A. RIOS M. HURTADO R. en **Derechos humanos y salud: Vinculando dos perspectivas.** Consorcio de investigación económica y social. FONCODES Lima – Peru 2002

Anexos

Anexo 1

Publicações em Jornais

Colégio de Enfermeiros (as): Crítica à política da saúde

Inserção Política Associativa

Na defesa dos direitos da categoria

Na defesa dos direitos da população

Estado de direito institucional recuperado

La Industria

Precio: S/. 1.30 Trujillo (Perú), 12 de junio de 1998

VIERNES

Decana regional de enfermeras presenta una Acción de Amparo

Una Acción de Amparo que solicita se declare la inaplicabilidad de la Resolución N°046-98CEP/CN de fecha 12 de mayo de 1998, expedida por el Consejo Nacional del Colegio de Enfermeras y la anulación de la suspensión como antecedente personal y profesional y la consecuente anulación de la resolución N°041-98-CEP/CN, por la cual se nombra a Idelsa Ramos Pacheco en su cargo, presentó la decana del Colegio de Enfermeras Regional II La Libertad y Ancash, Kelly Jiménez Sánchez, ante el juez especializado en lo civil.

El documento ingresado a dicho juzgado dice que la decana nacional, Carmela Pacheco Sánchez, ha cometido abuso de autoridad y en forma arbitraria ha pretendido sacarla del cargo de decana de La Libertad y Ancash, donde fue designada mediante voto secreto y democrático.

Cabe indicar que las licenciadas enfermeras del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, clínicas privadas, docentes, cesantes y de labor independiente, en asamblea acordaron desconocer las resoluciones antes mencionadas emitidas por la decana nacional, Carmela Pacheco Sánchez, y dejar sin efecto toda disposición vertical en perjuicio de la presidenta regional Kelly Jiménez.

Asimismo, aprobaron censurar a Carmela Pacheco, decana nacional, por su actitud arbitraria, ilegal, disociadora y antiprofesional que pretende restar el status profesional que Kelly Jiménez ha ido colocando día a día en alto con sus obras y actitudes profesionales, reconocidas por instituciones públicas, privadas, políticas, religiosas, civiles, militares y ante la opinión pública en general, enalteciendo la noble profesión de enfermería.

También acordaron ratificar la confianza y respaldar la gestión actual y futura hasta el término de su mandato de Kelly Jiménez, a quien eligieron conforme lo estipula el estatuto y reglamento según Ley N° 22315-Decreto Supremo N°007-78-SA, RM 0120-78-SA/DS, reconociéndola como única representante legal. Este pronunciamiento ha sido remitido a Lima a la decana nacional.



Kelly Jiménez Sánchez, decana del Colegio de Enfermeras Regional II La Libertad y Ancash,

La República

Dir: Gustavo Mermeluzi. Año 16. Nº 5,770

Perú, Sábado 18 de Octubre de 1997

Revela decana Kelly Jiménez Sánchez

Hay déficit de enfermeros en hospitales de la región

Trujillo. La política gubernamental de Salud, orientada a los sectores más pobres de la sociedad no dará los resultados esperados, pues no existe el personal profesional necesario para el logro de esas metas, informó ayer la decana del Colegio de Enfermeras de La Libertad, Kelly Jiménez Sánchez, en la titulación que celebró el 19 aniversario de su creación institucional.

Jiménez Sánchez refirió que de las 1,600 enfermeras tituladas de la región, sólo 400 participan en las actividades del Colegio, lo que demuestra la desocupación de los profesionales en Salud, situación que se mantiene "al no existir oportunidades de trabajo, pues ante la escasa oferta, lo que prima es el trabajo informal y los contratos", dijo.

Señaló que con la política de desajuste, los hospitales presentan déficit de enfermeras para la atención de la demanda de los pacientes, pues se trata de profesionales que están presentes en todo el territorio del país, a diferencia de otros profesionales en Salud, que sólo trabajan donde existe un establecimiento institucional.

Dijo que las consecuencias de la crisis social y económica del país también afecta a los enfermeros, quienes con bajas salarios se exponen a cualquier enfermedad infecciosa en el ejercicio de sus funciones, por lo que se exige que las autoridades estén en relación con la fuerza laboral.

Para tratar de solucionar el problema, mencionó que el Consejo Regional II, que agrupa a los departamentos de La Libertad y Ancash, ha presentado al Congreso un proyecto de ley referido al trabajo en enfermería, en el que se pide mejores sueldos, la equidad en el trato de género y la creación de puestos de trabajo. Añadió que lamenta que el proyecto haya sido empujado en el Legislativo.

Por otro lado, Jiménez Sánchez informó que está a la espera de la respuesta de la reina Isabel de España, quien a través de la Agencia Española Internacional, ha dejado abierta la posibilidad de ayuda para la culminación de la construcción del local del Colegio de Enfermeras de La Libertad.

La decana de los enfermeros, Kelly Jiménez Sánchez, destacó la importancia del profesional en Salud en el 19 aniversario de la creación del colegio profesional.

Denuncia decana de enfermeras

Profesionales trabajan 12 horas diarias, no tienen seguro ni gozan de descanso

La decana del Consejo Regional de La Libertad y Ancash, Kelly Jiménez Sánchez, denunció ayer que el Ministerio de Salud, vía el Proyecto de Salud Básica, ha contratado a un buen grupo de enfermeras para explotadoras, haciéndolas trabajar 12 horas al día, no tienen seguro ni los beneficios que contempla la ley y tampoco gozan de su día de descanso.

Dijo que este hecho está tipificado como un delito y como tal solicitó la intervención del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, a fin de que verifiquen el atropello que se viene cometiendo con este personal que trabaja en la periferia, el cual le han fido un sueldo de mil soles.

"Es decir, si la enfermera padece de algún mal y tiene que ser internada, no lo podrá hacer como cualquier otro trabajador estatal, por cuanto no goza del Seguro Social, según el contrato laboral que han firmado", recalcó, Kelly Jiménez.

Manifestó que actualmente viven una extrema desocupación, de ahí que de las mil 400 afiliadas a este consejo regional, sólo 600 cuenta con trabajo, el resto 800 por ciento están desocupadas, añadió.

Más adelante recalcó que en 1996 confeccionaron un proyecto de ley de trabajo de la enfermera, el mismo que fue esbozado en el Congreso Regional del Sur (Arequipa) y que lo elevaron al Congreso de la República. Tenemos entendido que este proyecto está en manos de la

congresista Luz Salgado, pero que dormirá en el sueño de los justos, pues hasta la fecha no existe la intención de presentarlo ni aprobado en la comisión del Congreso, agregó.

EMIGRACION DE ENFERMERAS

En seguida, Kelly Jiménez expresó que buen número de enfermeras han tenido que emigrar a otros países, "pues en el nuestro no han encontrado futuro y más bien han sido abusivamente tratadas, como ocurre ahora con nosotros. Ahora, fuera del Perú están mejor remuneradas y tratadas", agregó.

Manifestó que las enfermeras en otros países son muy cotizadas dada la alta calidad humana, de servicio y profesionalismo de cada una de ellas, añadió.

Posteriormente acotó que las enfermeras del sector estatal perciben una remuneración de 500 a 550 nuevos soles, mismo sueldo que no cubre ni nada la consulta familiar. "Por esta razón constantemente realizamos protestas con puros escuderos por un mejor salario pero hasta la fecha nada conseguimos, ya que el gobierno no escucha nuestros reclamos", subrayó.

Finalmente manifestó que las enfermeras asumen roles de liderazgo e incluso en los diferentes pueblos tienen la solución no sólo problemas de salud sino también sociales de ahí que merecen respeto y mejores haberes", puntualizó.

Kelly Jiménez Sánchez, decana del Consejo Regional de La Libertad y Ancash, denunció ayer que el Ministerio de Salud contrata enfermeras para explotadoras, no que estas gocen de los beneficios señalados por ley.

6/Local/ **Diario La República - Perú - Lunes, 17 de noviembre de 1997**

Decana de colegio profesional en La Libertad denuncia

Enfermeras contratadas para trabajar en áreas rurales sin beneficios de ley

No tienen seguro social y reciben sueldos miserables afirma Kelly Jiménez

Trujillo. El Ministerio de Salud, a través del Proyecto de Salud Básica, ha contratado a enfermeras para que trabajen en el área rural, quienes son explotadas, no reciben ningún tipo de beneficio que contemple la ley, no tienen Seguro Social y laboran los siete días de la semana sin tener día de reposo, denunció la decana del Colegio de Enfermeras del Consejo Regional de La Libertad y Ancash, Kelly Jiménez Sánchez.

Indicó que las profesionales reciben un sueldo promedio de 1,000 soles mensuales y no pueden ser atendidas en el IPSS. Puso como ejemplo que un día que estuvo capacitando a un grupo de enfermeras, una de ellas comenzó a sentirse mal, "y cuando fui a verla estaba en plena labor de parto."

IPSS para que la atendieran, me dijo que no podía porque en su contrato no estaba detallado ese aspecto.

Manifestó que en esta circunstancia una persona se encuentra con alguna enfermedad, "entonces en que condiciones están trabajando las profesionales de la periferia y las zonas rurales en las propuestas del Ministerio de Salud".

Explicó que el 30 por ciento de enfermeras contratadas están laborando por contrato y que de las 1,400 profesionales que hay en La Libertad y Ancash, sólo 600 están trabajando en calidad de nombrados, es decir si quisiera el 50 por ciento.

Por otro lado, Jiménez Sánchez declaró que en las entidades particulares de salud, como las clínicas

para que las enfermeras laboren, y en muchas de ellas no existen verdaderos profesionales, lo que existe personal técnico que es contratado en institutos superiores y no profesional para llamarse como tal debe ser egresado de una universidad.

Subrayó también que en la mayor parte de centros médicos no existe un profesional a cargo del servicio, sólo siempre es un personal técnico porque a ellos les pueden pagar mucha menos que los honorarios de una enfermera o médico colegiado.

El caso público más reciente es el referido a la contratación de un dentista empujado por el congresista Horacio en la parroquia de Pata, a quien lo hacían aparecer como odontólogo titulado. Igual está

La decana de los enfermeros, Kelly Jiménez Sánchez, denunció ayer que el Ministerio de Salud contrata enfermeras para explotadoras, no que estas gocen de los beneficios señalados por ley.

Dra. DORILA VALVERDE LOZANO (por Kelly Jiménez Sánchez)

Jr. AYACUCHO N° 655-Tercer Piso

EXPEDIENTE NÚMERO 1866-98 ACCION DE AMPARO

DEMANDANTE : KELLY JIMÉNEZ SÁNCHEZ

DEMANDADO : CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL DEL COLEGIO DE
ENFERMEROS DEL PERÚ.

MATERIA : ACCION DE AMPARO

JUEZ : DRA. SABINA SALAZAR DÍAZ

SECRETARIO : DR. ROMEL FERNÁNDEZ GARCÍA

RESOLUCIÓN NÚMERO DIECISÉIS.

Trujillo, veinticinco de enero de

mil novecientos noventinueve.-

VISTOS; resulta de autos que por escrito postulatorio de fojas cien a ciento diecisiete, recurre al Órgano Jurisdiccional doña Kelly Jiménez Sánchez, en su calidad de Decana del Colegio de Enfermeros del Consejo Regional II La Libertad - Ancash, interponiendo demanda de Acción de Amparo que la dirige contra el Consejo Directivo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú en la persona de su representante legal la Decana del Colegio de Enfermeros del Perú licenciada Carmela Pacheco Sánchez, a fin de que se declare la inaplicabilidad de la Resolución número 046-98-CEP/CN de fecha doce de mayo de mil novecientos noventa y ocho expedida por el Consejo Nacional del Colegio de Enfermeras, la anulación de la Suspensión como antecedente personal y profesional, y la Anulación de la Resolución Número 047-98-CEP/CN por el que se nombra a la licenciada Idelsa Ramos Pacheco, como nueva Presidenta del Consejo Regional II La Libertad - Ancash; señala como fundamentos de hecho de su pretensión que desde el mes de junio de mil novecientos noventa y cinco ha venido ejerciendo el Decanato del Consejo Regional II La Libertad - Ancash, habiéndose desarrollado su gestión normalmente, sin embargo mas o menos a mediados del año pasado la Decana del Consejo Nacional empezó a querer manejar a su antojo a las Decanas Regionales, con fines a su reelección y al no haber cedido a sus presiones, se han venido reuniendo en varias oportunidades para tratar problemas institucionales tales como solicitar un auditoría del Consejo

DR. ROMEL C. FERNÁNDEZ GARCÍA
SECRETARIO
Edu. Augusto Espinoza



2

miembro de la Junta Directiva del Consejo Nacional o Consejos Regionales, ni integrar las diferentes comisiones al miembro que haya merecido penas de suspensión o expulsión, por lo que se comprueba que efectivamente la sanción impuesta perjudica su derecho a postular y ser elegida, debiendo también debe ampararse tal extremo de su demanda; **POR ESTAS CONSIDERACIONES**, Administrando Justicia a Nombre de la Nación: **FALLO: DECLARANDO FUNDADA** la demanda de fojas cien a ciento diecisiete interpuesta por doña Kelly Jiménez Sánchez, en su calidad de Decana Del Colegio de Enfermeros del Consejo Regional II La Libertad - Ancash, contra el Consejo Directivo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú en la persona de su representante legal la Decana Nacional del Colegio de enfermeros del Perú licenciada Carmela Pacheco Sánchez, y como litisconsorte necesaria doña Ydelsa Ramos Pacheco de Espinoza, en su calidad de Presidenta del Consejo Regional II-Trujillo, sobre Acción de Amparo, y en consecuencia **DECLARESE INAPLICABLE** para la accionante las Resoluciones números 046-98-CEP/CN y 047-98-CEP/CN de fecha doce de mayo de mil novecientos noventa y ocho, expedidas por el Consejo Nacional del Colegio de Enfermeras, por las cuales se sanciona a la actora con la medida disciplinaria de suspensión y nombra como nueva Presidenta del Consejo Regional II La Libertad- Ancash a la licenciada Idelsa Ramos Pacheco, asimismo **DISPONGO** se anule dicha sanción de suspensión como antecedente personal y profesional de la actora; Consentida o Ejecutoriada que sea la presente Resolución publíquese en el Diario Oficial El Peruano y fenecido que sea archívese en el modo y forma de Ley.- **Sello y Firma Juez** *[Firma]* **Secretario**

[Firma] Lo que notifico a Ud. conforme a Ley.

Trujillo 26 de *[Firma]* de 1997

DR. ROBERTO C. FERNÁNDEZ GARCÍA
SECRETARIO
Abogado Especializado
en la Ciudad de Trujillo



ASOCIACION CIVIL
DE COLEGIOS
PROFESIONALES
DE LA LIBERTAD

Trujillo, 09 FEB. 1999

C. N° 002-99/P/ACCPLL

Señora Mg.Enf.
KELLY JIMENEZ SANCHEZ
Decana del Colegio de Enfermeros del Perú
Presente.-

De mi consideración:

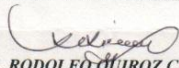
Es muy grato dirigirme a usted para expresarle el cordial saludo a nombre de la Asociación Civil de Colegios Profesionales de La Libertad y a la vez hacerle llegar nuestra **Felicitación** por retomar su cargo como Decana del Colegio de Enfermeros del Perú-Consejo Regional II La Libertad-Ancash, que siempre ha sabido desempeñar en base a su experiencia profesional.

Deseándole éxitos en su gestión, le transmito el reconocimiento de todos los colegios profesionales.

Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial deferencia.

Atentamente,




ING. RODOLFO QUIROZ CALDERON
PRESIDENTE

Joyce/RQC.

c.c. File/ACCPLL

Notas de imprensa para a mídia

Os formatos de creditação se entregam nos colégios e são de graça.

A cada colégio lê corresponde um estabelecimento de saúde; se a doença ou acidente requer de tratamento mais especializado a criança será referida a outro Centro de Saúde ou hospital.

Não faça pagamento por consultas ou medicamentos e exija sua prescrição completa, assina sua prescrição só quando lê foram entregues dos medicamentos completos.

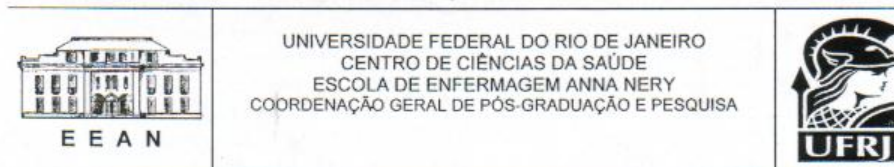
Também são de graça as consultas odontológicas, raios X, análise, exames, consultas por emergência, hospitalização, intervenções cirúrgicas, e sepultamentos. Lembre-se: Não pague por estes serviços.

Cada pai deve defender o direito que seus filhos têm de atendimento de graça num Estabelecimento de Saúde, se estudam num colégio estadual.

Com crianças saudáveis o Peru terá um futuro melhor.

Pais de família, aproveitem o Seguro Escolar Gratuito, temos que fazer um bom uso de ele, é um direito de nossos filhos, defendê-lo.

Anexo 3
Autorização da Direção do Hospital Belém



Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2001

Ilmo(a). Sr(a).

Diretor(a) do Hospital Belén de Trujillo - La Libertad - Perú

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apraz-nos apresentar a aluna **KELLY MYRIAM JIMENEZ DE ALIAGA** regularmente matriculada no Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o nº 101606486.

Outrossim vimos solicitar a V.^a autorização para que a supra referida, possa coletar dados, com vistas ao desenvolvimento de sua Tese de Doutorado .

Atenciosamente,


Coordenadora Adjunta
Curso de Doutorado em Enfermagem - EEN/UFRJ



Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova - Rio de Janeiro - RJ - 20211-110
Telefax: (021) 2293-8098 2293-8999 2293-0528 2293-8148 2293-8048 2293-8899
C.G.C.: 33.663.683/0002-05 Inscrição Estadual: ISENTA
Home Page: <http://www.eean.ufrj.br>
Email: pos-graduacao@eean.ufrj.br



POLITICA DE SAÚDE ESCOLAR NO PERU: O CASO DO SISTEMA
INTEGRAL DE SAÚDE / SEGURO ESCOLAR GRATUITO NA ÓTICA DAS
ENFERMEIRAS DO HOSPITAL

Roteiro de entrevista

Data:

Nome:

Lugar:

Duração da entrevista:

I. Dado de identificação:

Universidade:

Ano:

Procedência:

Origem (Região):

Ingresso ao Hospital:

Cursos:

Especialização: ()

Mestrado: ()

Ano de inserção ao SEG:

Cargo/Função:

II. Dados relacionados à Temática:

Qual é sua opinião cultural e ideológica acerca do SIS / SEG?

Quais são as atividades desenvolvidas do SIS / SEG durante sua jornada de trabalho?

Quais são as estratégias para implementar o SIS / SEG?

Termo de consentimento livre e claro

A pesquisa se intitula "Política de Saúde Escolar no Peru: O caso do Sistema Integrado de Saúde / Seguro Escolar Gratuito (SIS/SEG) na óptica das enfermeiras do Hospital, de autoria de KELLY MYRIAM JIMÉNEZ DE ALIAGA e co-autoria de ISABEL CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA - Telefax ..., **tendo como foco central - A atuação das enfermeiras** do Hospital, em relação ao SIS/SEG. A justificativa para este estudo baseia-se na importância da participação de enfermeiros nas Políticas e Programas de Saúde oferecidos à comunidade peruana, particularmente no SIS/SEG. Os objetivos são: descrever as atividades inerentes as **enfermeiras** no SIS/SEG, analisar as **diferentes formas de atuação das enfermeiras** na implementação do SIS/SEG e **discutir as ações estratégicas das enfermeiras** no desenvolvimento do SIS/SEG. O procedimento utilizado será a entrevista semi-estruturada, que contém perguntas abertas e fechadas, e **enfoca** experiências dos enfermeiros em termos de sua participação no SIS/SEG inserido na política de saúde no Peru. Com relação aos riscos e benefícios esperados, deve-se observar que as **entrevistas serão conduzidas pelas autoras**, respeitando o local e o horário escolhidos pelos entrevistados. Em relação aos benefícios, as entrevistas são de grande valor e mérito para **a discussão da participação das enfermeiras** no SIS/SEG. As entrevistas têm uma duração de meia hora a uma hora, garantindo o anonimato das pessoas citadas durante a entrevista; e respeitando sua recusa em participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, dado que sua participação é voluntária; da mesma forma, as informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiro. Após a entrevista, apresentarei a transcrição da fita de gravação para sua revisão e aprovação, para fins de pesquisa e posterior publicação em periódicos.

Região ...

Entrevistado

Entrevistador

POLITICA DE SAÚDE ESCOLAR NO PERU: O CASO DO SISTEMA
INTEGRAL DE SAÚDE / SEGURO ESCOLAR GRATUITO NA ÓTICA DAS
ENFERMEIRAS DO HOSPITAL

Guia de observação participante

1. Recepção do escolar / família.

Emergência

Ambulatório (especializado)

2. Orientações ao escolar / família

Antes da consulta.

Depois da consulta.

3. Encaminhamentos (formulário próprio, instituições, especialidades).

4. Interação da enfermeira.

Equipe de saúde (médico, farmacêutico, assistente social, nutricionista, e
outros).

Enfermeiras.

Escolar / família.

Professor da escola.

Outros.

MINISTERIO DE SALUD

No. 248-2001
SA-P

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL

Dr. Julio Pareda
DESAUCHO VICE MINISTERIAL DE SALUD

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Vice Ministerial

Lima, 09 de MARZO del 2001

Visto el Exp. UTD N° 001321-2001 y Oficio N° 339-01-PRE/S/HBT-UD, del Director Ejecutivo del Hospital Belén de Trujillo, solicitando Licencia por Capacitación Oficializada;

CONSIDERANDO:

Que con documentos de fs. 05, 32 y 33 la Coordinadora General de Post-Graduación e Investigación en Enfermería y la Coordinadora Adjunta del Curso de Doctorado en Enfermería EEAN/UFRJ del Centro de Ciencias de la Salud de la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro en Brasil, informa que doña Kelly Myriam JIMÉNEZ SANCHEZ, ha sido aceptada para participar en el curso Doctorado en Enfermería, a partir del 12 de Febrero del 2001 por el lapso de tres años, participación financiada por el Consejo Nacional de Investigación del Gobierno Brasileiro;

Estando a lo acordado por el Comité de Becas y Capacitación del Ministerio de Salud;

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 24°, inciso e) del Decreto Legislativo N° 276 - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Público, Decreto Legislativo N° 719 - Ley de Cooperación Técnica Internacional Artículo 113° del Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa aprobado por Decreto Supremo N° 005-90-PCM, Resolución Ministerial N° 541-95-SA/DM, que aprueba el Reglamento del Comité de Becas y Capacitación del Ministerio de Salud y con sujeción a lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 909 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2001; y,

Con la opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Personal de la Oficina General de Administración;

SE RESUELVE:

1º Conceder Licencia por Capacitación Oficializada a doña Kelly Myriam JIMÉNEZ SANCHEZ, Enfermera, Nivel V, del Hospital Belén de Trujillo, quien del 01 de Marzo del 2001 al 28 de Febrero del 2003, participará en el Curso Doctorado en Enfermería, en la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro en Brasil.

2º La mencionada profesional queda obligada a dar cumplimiento a las cláusulas contenidas en el documento de Compromiso de Capacitación que corre a fs. 04, de su respectivo expediente y que forma parte de la presente Resolución, la misma que no originará derecho a exoneraciones aduaneras de ningún tipo o denominación.

Regístrese y comuníquese.



Dr. Arturo Vasi Páez
Vice-Ministro de Salud

CTAR-LA LIBERTAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
TRAMITE DOCUMENTARIO
TRUJ. 19 MAR. 2001 D.NE
RECIBIDO
Reg. 3109 FLS. 2
HORA 1:00 PM FIRMA [Firma]

UNIDAD TERRITORIAL DE SALUD N.º 2
Hospital de Apoyo Belén Trujillo
Unidad de CAPACITACION
21 MAR. 2001
Hora 8:50 a.m.
Recibido Raquel

DIRECC. REGIONAL LA LIBERTAD
UNES N.º 2 - HOSPITAL L. M. - TRUJILLO
SUB DIRECC. DE DESARROLLO DE
RR. HH., ABOLING., INGLSI. Y IIC.
20 MAR. 2001
Recibido: [Firma]
Hora: [Firma]

Dirección Regional de Salud La Libertad
HOSPITAL BELÉN
TRAMITE DOCUMENTARIO
FECHA 20 MAR. 2001
H. R. A. 11:00 am
REGISTRO 1464-01
FIRMA [Firma]

Anexo 8

Comprobante de pago da consulta CRED

 **HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO**
JR. BOLIVAR 350
TRUJILLO
TELF.: 245-281

RUC N° 20228257479
RECIBO
N° 03-063634

SR(A): CONSULTA EXTERNA
N.M.
SERVICIO: AMBULATORIO

999999 Cnt1:11776
FECHA: 12/07/05 11:12

CDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	R.UNIT.	IMPORTE
2363	CONS. EXT. CRED	1	5.00	5.00

MINISTERIO DE SALUD
CAJA

SON: CINCO Y 00/100 Nuevos Soles
***** CANCELADO *****

MORENO PEREDA ANGELA

NUEVOS SOLES	
SUB TOTAL	TOTAL
5.00	5.00

Difusão generalizada de bens simbólicos



Descubre tu próxima lectura

Si quieres formar parte de nuestra comunidad,
regístrate en <https://www.grupocompas.org/suscribirse>
y recibirás recomendaciones y capacitación



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com

Kelly Myriam Jimenez de Aliaga

Doctora en Enfermería. Escola de Enfermagem
Anna Nery - UFRJ, EEAN - UFRJ, Brasil.
kmjimenezd@gmail.com ORCID:
0000-0002-8959-265X
<https://scholar.google.com/citations?user=zVH-PkWcAAAAJ&hl=en&oi=ao>

Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Doctora en Enfermería. Escola de Enfermagem
Anna Nery - UFRJ, EEAN - UFRJ, Brasil.
mailto:chabucris5@gmail.com ORCID:
0000-0002-0664-1584
<http://lattes.cnpq.br/2385165506573501>
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4799755J1>



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com

ISBN: 978-9942-33-355-1



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com